Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1666

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/867 - CRISIS DE ANSIEDAD, ¿SIEMPRE SECUNDARIAS A ESTRÉS?

À. Casaldàliga Solà[a], M. Fígols Gorina[b], M. Pla Berdier[c], A. Escalé Besa[d], A. Sinfreu Pujol[a], L. Cases Ros[e], M. Hernández Ribera[f], C. Vilardell Vila[g] y A. Gutiérrez Espinal[g]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar. EAP Manresa 4. Manresa. Barcelona. [b]Médico Residente de 3er año de de Oncología. Althaia. Manresa. Barcelona. [c]Médico Residente de 2º año. CAP Plaça Catalunya. Manresa. Barcelona. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Manresa II. Manresa. Barelona. [e]Médico Residente de 4ª año de Medicina Familiar. EAP Manresa 4. Manresa. Barcelona. [f]Médico de Familia. EAP Plaça Catalunya. Manresa-2. Manresa. Barcelona. [h]Médico Servicio de Endocrinología. Althaia Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años, fumadora 1/2 paq/día, IMC 18. Con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 8 años y bien controlada con dieta, telangiectasias en la parte superior del tórax y leucocitosis persistente (ya valoradas por dermatología y hematología) y crisis etiquetadas de ansiedad, motivo por el cual ha acudido al psicólogo durante el último año. Por molestias abdominales inespecíficas, su médico de Atención Primaria le solicita una ecografía abdominal en la que se observa una masa renal/suprarrenal sólido-quística izquierda. Se realiza TAC abdominal, en el que se confirma masa de 123 × 93 mm en glándula suprarrenal izquierda, por lo que se deriva a Endocrinología para completar estudio. En la anamnesis la paciente refiere episodios de palpitaciones, temblor y sudoración en los últimos 5-6 años, sin cefalea ni HTA.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente presenta buen estado general, con TA normal y FC entre 60-100x'. Analíticamente destaca metanefrinas y catecolaminas muy elevadas. En sangre: metoxiadrenalina 806 (N < 90), normetadrenalina 1.249 (N < 180) y cromogranina A 143 (N < 100). Orina 24h: A 114,7 (N < 20), NA 240,5 (N < 90), Dp 673 (N < 400), MF > 4.000 (N < 444), NMF > 3.000 (N < 341). Cortisol, ACTH, TSH, Ca, Na, K, calcitonina, y marcadores tumorales normales.

Juicio clínico: Ante un incidentaloma suprarrenal de gran tamaño, en una paciente sin clínica sugestiva de este hallazgo, los resultados analíticos fueron claves en el diagnóstico de feocromocitoma. Se inició tratamiento con fenoxibenzamina y posteriormente con sumial. Seguidamente se procedió a la exéresis de la masa. Tras la cirugía, los niveles de metanefrinas y cromogranina se normalizaron y presentó remisión de los episodios de palpitaciones, temblor y telangiectasias.

Diagnóstico diferencial: Procede realizarlo con carcinoma adrenal primario, adenoma, metástasis, mielolipoma, quiste y tuberculosis.

Comentario final: Aunque el signo más frecuente en los pacientes con feocromocitoma es la HTA

paroxística o mantenida, también debemos plantearnos este diagnóstico ante pacientes delgados con hiperglucemia, clínica de sudoración, temblores y palpitaciones de tiempo de evolución, similares a crisis de ansiedad. En este caso sería conveniente valorar solicitar metanefrinas plasmáticas como prueba de screening. Se ha descrito un 1-5% de feocromocitoma como causa de incidentaloma suprarrenal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tsirlin A, Oo Y, Sharma R, Kansara A, Gliwa A, Banerji MA. Pheochromocytoma: a review. Maturitas. 2014;77(3):229-38.

2. Roy M, Sengupta N, Sahana PK, Giri D, Das C. A case of normotensive pheochromocytoma with management dilemma. Indian J Endocrinol Metab. 2012;;16(Suppl 2):S371-2.

3. Zardawi IM. Phaeochromocytoma masquerading as anxiety and depression. Am J Case Rep. 2013;14:161-3.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.