Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1809

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1307 - LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA TAMBIÉN DIAGNOSTICAMOS 'CASOS RAROS'

I.B. González Riquelme[a], F. Martínez García[b], M. Guillén Pérez[b] y A. Santo González[b]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera la Verde. Murcia.
[b]Médico de Familia. Centro de Salud Sangonera la Verde. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años de edad que presenta hipertensión arterial de diez años de evolución y que tras sufrir un AIT, su médico de Atención Primaria decide intensificar la búsqueda de las posibles causas de la hipertensión. Entre los antecedentes personales del paciente destacan su diabetes mellitus II complicada (retinopatía, nefropatía y neuropatía diabéticas) y su tabaquismo (15-20 cigarrillos/día).

Exploración y pruebas complementarias: El informe de alta hospitalaria tras el AIT aporta los siguientes datos: Analítica: bioquímica y hematología normales (salvo proteinuria estudiada y valorada en nefrología). ECG: normal. Rx tórax: normal. TAC craneal: normal. Doppler de troncos supraaórticos: Sistema carotídeo: normal. Sistema vertebrobasilar: AV derecha patológica, no competente hemodinámicamente (hipoplasia grave en AV derecha). Arteria basilar normal. RM cerebral: normal. Desde Atención Primaria se completa el estudio solicitando ecografía abdominal y catecolaminas y derivados serotoninérgicos en orina de 24 horas con el fin de detectar causas que justifiquen la hipertensión arterial. La ecografía abdominal muestra hallazgos compatibles con hepatopatía crónica, y, pequeños quistes renales, el resto de la ecografía es normal. En la orina de 24 horas, las catecolaminas son normales pero un metabolito de la serotonina, el 5OH indolacético casi triplica sus valores normales (18,8).

Juicio clínico: HTA refractaria a estudio. Diagnósticos secundarios: AIT del territorio vertebrobasilar de perfil ateromatoso. Diabetes mellitus II. Nefropatía diabética. Retinopatía diabética.

Diagnóstico diferencial: La hipertensión arterial secundaria es poco frecuente, pero sus causas múltiples. Comentaremos exclusivamente aquellas causas compatibles con los resultados obtenidos de los estudios solicitados desde Atención Primaria. La nefropatía diabética, la proteinuria e incluso la visualización ecográfica de quistes renales podría orientarnos hacía causas renales de hipertensión. Sin embargo, los resultados analíticos son muchos más contundentes, la normalidad de las catecolaminas permite descartar un feocromocitoma y la importante elevación del 5OH indolacético nos hace sospechar de un tumor carcinoide pese a la inexistencia de síndrome carcinoide. El paciente fue derivado a Medicina Interna con la sospecha de tumor carcinoide y está pendiente de la conclusión de un estudio más detallado: TAC abdominal que permitirá localizar el posible tumor primario (casi el 70% están en tubo digestivo), metástasis, ganglios... y una ecografía

cardiaca para descartar posibles lesiones valvulares.

Comentario final: La hipertensión arterial rebelde al tratamiento debe ser estudiada con el fin de descubrir posibles causas que la ocasionen. El tumor carcinoide es una causa poco común de hipertensión arterial pero debe ser conocida y considerada. El diagnóstico de síndrome carcinoide en nuestro paciente se puede establecer con las cifras de 5OH indolacético en orina de 24 horas (es una prueba con una altísima sensibilidad). El abordaje de los procesos por el médico de Atención Primaria y el resto de especialistas de forma conjunta, permite gestionar la enfermedad de forma más coherente y beneficiosa para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, et al, eds. Patología suprarrenal. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 7ª edición. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. 2012. p. 1001-3.

2. Olivas E, Oliveras A, Sedano A, et al. Hipertensión Arterial. Green Book. Diagnóstico y Tratamiento Médico. Marbán, 2015. p. 219-20.

3. Arévalo-Serrano J, Aragón C, Azaña JM. flushIng, rubefacción facial y periférica. Green Book. Diagnóstico y Tratamiento Médico. Marbán, 2015. p. 1411-7.

4. McDermott MT. Síndrome carcinoide. Endocrinología Secretos. En: Endocrine Secret (ed esp). 2010 Elsevier. p. 454-8.

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