Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):397

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/653 - UNA HIPERTENSIÓN MUY FEA

A. Esteban Navarro[a], M. Benito González[b], M. Lumbreras Montero[a] y G. Fernández Tabernero[a]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud V Centenario. San Sebastián de los Reyes. Madrid. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud V Centenario. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años diagnosticada hace 1 año de diabetes tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales inicialmente. Empeoramiento del control glucémico en los últimos meses, siendo necesaria la administración de insulina (Toujeo). Desde hace seis meses, presenta cuadros autolimitados de palpitaciones, cefalea tensional y mareo asociado, con constatación de cifras tensionales 220/170 en el momento, por lo que su médico de Atención Primaria le pauta enalapril. El cuadro aparecía con los esfuerzos, posteriormente con la desaparición de la sintomatología la tensión arterial se normalizaba. Desde hace casi dos meses se han hecho más frecuentes e intensos; incluso dos veces al día y a mínimos esfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración NRL: Consciente, orientada, colaboradora. Frialdad cutánea, palidez y sudoración. Analítica: metanefrina fraccionada en plasma > 2.500,0 ng/ml. ECG: ritmo sinusal, T negativa en V4-V6 y cara inferior. Radiografía tórax: normal. Ecocardiograma: impresiona de depleción intravascular. Vena cava inferior colapsada. TAC cráneo: normal. TAC abdominal: Masa suprarrenal derecha de 6 cm, sugestiva de feocromocitoma dentro de contexto clínico.

Juicio clínico: Feocromocitoma.

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse con enfermedades que pueden presentar un aumento de la actividad simpática y/o hipertensión arterial: crisis de ansiedad o migraña, lesiones del sistema nervioso central, traumatismo o tumores, taquicardia supraventricular paroxística, hipertiroidismo, tumor carcinoide, diabetes, disfunción autonómica, hiperaldosteronismo y la interrupción brusca de la administración de antagonistas simpáticos de corta duración.

Comentario final: Es un tumor neuroendocrino productor de catecolaminas. La hipertensión arterial es el síntoma más frecuente; no obstante, un 5-15% de pacientes son normotensos, en este caso deberíamos indagar sobre los antecedentes familiares relacionados. Por tanto, ante un paciente joven, con hipertensión arterial resistente y asociada a diabetes de nuevo comienzo o atípica deberíamos sospecharla e iniciar cuanto antes su estudio. Es importante controlar la hipertensión arterial con una combinación de bloqueantes-α y betabloqueantes y resolver el cuadro mediante la extirpación quirúrgica del tumor.

Bibliografía

1. Fisterra: Feocromocitoma.
2. Up toDate. Manual de pruebas diagnósticas en Endocrinología.
3. Grossman AB. Manual MSD. Churchill Hospital, University of Oxford.

Palabras clave: Emergencia hipertensiva.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.