



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

210/17 - Sigue con la presión alta

M.F. Galvis Padilla^a, M.A. Quintanz Armental^b, T. Kostyrya^c, E. Franco Daza^d y C. Ramallo Holgado^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^bMédico Residente de 4º año. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^cMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Casco. Cartagena. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. San Javier. Murcia. ^eMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 38 años con AP: alergia a aines. Consultó por cuadro clínico de semanas de evolución consistente en taquicardia sinusal relacionado con duelo reciente no resuelto asociado a cifras de tensión arterial altas que no controlan a pesar de tratamiento antihipertensivo con 3 fármacos y ansiolíticos. Por persistencia de los síntomas se solicita interconsulta hospitalaria para descartar HTA secundaria.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. TA: 154/79 MMHG. FC: 118. sin signos de IC. No bocio. Tórax: auscultación cardíaca: RC rítmicos taquicárdicos. Frecuencia 110 lpm. Analítica: ACTH: 13,5, renina: 21,4, vanil mandélico: 21,9, noradrenalina: 1.088,7, catecolaminas totales: 1.101,2, normetanefrina: 7.183,6, metanefrinas totales: 7.365,5. TAC abdominal: masa suprarrenal izquierda sugiere tratarse de feocromocitoma. Gammagrafía MIBG: feocromocitoma suprarrenal anatomía patológica: feocromocitoma.

Juicio clínico: Feocromocitoma suprarrenal.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión arterial, tanto esencial como secundaria, angina de pecho, angina mesentérica, fibrosis retroperitoneal, tirotoxicosis y enfermedades neuropsiquiátricas.

Comentario final: El feocromocitoma es un tumor poco frecuente que produce, almacena y segrega catecolaminas. Se diagnostica en el 0,05-1% de los pacientes hipertensos. La alta incidencia de morbilidad e incluso de mortalidad que origina, y el hecho de que la mayoría sean curables quirúrgicamente hace que sea importante no demorar el diagnóstico. Para su manejo es requisito importante la sospecha clínica y la confirmación diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stenstrom G, Svardsudd K. Pheochromocytoma in Sweden 1958-1981. An analysis of the National Cancer Registry Data. Acta Med Scand. 1986;220:225-32.
- 2 Bravo EL, Tagle R. Pheochromocytoma: state-of-the-art and future prospects. Endocr Rev. 2003;24:539-53.
3. De Senanayake P, Denker J, Bravo EL, Graham RM. Production, characterization and expression of neuropeptide Y by human pheochromocytoma. J Clin Invest. 1995;96:2503-9.

4. Lundberg Jm, Tatemoto K. Pancreatic polypeptide family (APP, BPP, NPY and PYY) in relation to sympathetic vasoconstriction resistant to alpha-adrenoceptor blockade. *Acta Physiol Scand.* 1982;116:393-402.
5. Kudva YC, Sawka AM, Young WF Jr. The laboratory diagnosis of adrenal pheochromocytoma: the Mayo Clinic experience. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88:4533-9.