



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1227 - Palpitaciones recurrentes

C. Correoso Pardo^a, J. Escartín López^b, L.E. Barzallo Álvarez^c, C. Gianchandani Gianchandani^d, C. Orozco Bello^a, L. Cano Gómez^d, V. Aranda Jiménez^e, L. Vallejo Serrano^g, A.M. Barriga García^g y E. Marian Brigidano^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón. ^bMédico Residente de Radiodiagnóstico; ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ^cMédico Residente. Centro de Salud Segovia. Madrid. ^dMédico Residente. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. ^eMédico Residente. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^gMédico Residente. Centro de Salud Pozuelo San Juan. Madrid. ^hMédico Residente. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años con AP de HTA, DL FA paroxística que acude a urgencias por palpitaciones intermitentes por las que ha consultado en varias ocasiones a su MAP y Urgencias, siempre con ECG sin alteraciones.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes en triaje: TA 135/85 mmHg, FC 83 lpm, Sat 96% basal. Regular estado general, palidez generalizada, sudoración. Cuando exploramos al paciente: REG, pálido y sudoroso. TA 210/115 mmHg, FC: 140 lpm y SatO2 basal: 88%. Se toman nuevamente constantes 5 minutos después: TA: 142/83 mmHg; FC: 100 pm; SatO2 basal 89%. Resto de EF anodina. Analítica sangre con marcadores cardíacos: Cr 1,48, urea 54, potasio 3,1, leucocitosis 25.280, neutrofilia 20.620, Hb 15, coagulación normal. ECG: taquicardia sinusal a 107 lpm. Rx tórax normal. Se solicita TC de aorta sin signos radiológicos de síndrome aórtico agudo y con presencia de masa de 4,8 cm en glándula suprarrenal izquierda, que en el contexto clínico podría corresponder con un feocromocitoma. Ingresa en endocrinología para completar estudio, realizando metanefrinas en orina de 24h, que resultaron positiva y RM que confirmó hallazgos de TC. Completamos estudio con ecografía tiroidea, sin alteraciones.

Juicio clínico: Feocromocitoma adrenal izquierdo de 4.8 cm sintomático.

Diagnóstico diferencial: Palpitaciones de causas cardíacas (arritmias, síncope...), sistémicas (hipertiroidismo, anemia...), farmacológicas, tóxicas, etc. con o sin HTA.

Comentario final: El feocromocitoma es un tumor endocrino inusual que aparece en 0,2-0,5% de pacientes con HTA. La prevalencia del mismo se desconoce; puede ser esporádico o asociados a síndromes familiares (MEN). La triada clínica clásica consiste en cefalea, palpitaciones y sudoración, que suelen presentarse en pacientes con HTA refractarias al tratamiento. El diagnóstico se realiza mediante la determinación de catecolaminas y sus metabolitos en plasma/orina de 24 horas. Posteriormente se realizan prueba de imagen (TC, RM) y pruebas funcionales para preparar el tratamiento, que es quirúrgico previo bloqueo hormonal. Debido a la posibilidad de malignización y/o bilateralidad, se recomienda control anual en estos pacientes.

Bibliografía

1. Oleaga A, Goñi F. Feocromocitoma: actualización diagnóstica y terapéutica. *Endocrinología y Nutrición*. 2008;55:202-16.
2. Bernal C, Alcázar JM. Feocromocitoma: presentación clínica. *Diagnóstico y tratamiento. Hipertensión*. 2006;23:173-83.

Palabras clave: *Palpitaciones. HTA.*