



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

242/896 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL, NERVIOSISMO Y DIAFORESIS EN MUJER DE 17 AÑOS

L. Zafra Iglesias^a, V. Aparicio Gallardo^a, M. Sáez Gallegos^b, M. Chamorro Castillo^c, J. Bedmar Estrella^d y R. Martos Martínez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Mancha Real. Jaén. ^bMédico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud López Barneo. Torredonjimeno. Jaén. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud López Barneo. Torredonjimeno. Jaén. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 17 años, NAMC, no hábitos tóxicos. Antecedentes personales de asma bronquial alérgico (no realiza tratamiento). Antecedentes familiares de comunicación interventricular (padre). Acude por dolor abdominal intenso en flanco derecho y heces pastosas de un día de evolución. Tras ser valorada en consulta, se pauta reposición hidroelectrolítica por sospecha de gastroenteritis aguda, pero acude de nuevo dos días después acompañada por su madre por persistencia del dolor. Refiere además palpitaciones acompañadas de cefalea, nerviosismo y diaforesis, con crisis súbitas de pánico en ocasiones.

Exploración y pruebas complementarias: TA 185/115. FC 145 lpm. Afebril. Dolor a la palpación en flanco derecho. ECG del centro de salud con taquicardia sinusal a 145 lpm, con prolongación del QT. Resto de exploración normal.

Juicio clínico: Feocromocitoma.

Diagnóstico diferencial: Crisis hipertensiva, causas de QT largo (hipocalcemia, hipomagnesemia, hipopotasemia, dietas hiperproteicas, antidepresivos tricíclicos, antiarrítmicos clase Ia, macrólidos, quinolonas, antihistamínicos), hiper/hipotiroidismo, hiperplasia suprarrenal, hiperaldosteronismo primario, gastroenteritis aguda.

Comentario final: La paciente fue derivada a urgencias ante los hallazgos encontrados en el ECG y la nueva sintomatología. Tras ingreso en Medicina Interna, la determinación de metanefrinas y catecolaminas en orina mostraron niveles cinco veces superiores al valor normal, así como el hallazgo de metanefrinas en plasma elevadas. La realización de TAC, RM abdomino-pélvica y MIBG confirmaron el diagnóstico de feocromocitoma. Tras manejo preoperatorio con alfa bloqueantes, y posteriormente con beta bloqueantes, se realizó adrenalectomía derecha. Destacar la asociación entre feocromocitoma y prolongación del intervalo QT, y la dificultad que supuso su manejo durante el estudio por la imposibilidad de usar beta bloqueantes de inicio en espera de los resultados de laboratorio y de las pruebas de imagen. Por último, resaltar la importancia del seguimiento tras la cirugía por el riesgo de recidivas.

Bibliografía

1. Sánchez Windt E, González García E. Patología suprarrenal. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7^a ed. Madrid: Luzán; 2012. p. 985-1006.

Palabras clave: Taquicardia. Hipertensión. Feocromocitoma.