



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

242/3609 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Rubiales Guerra^a, A. Santaella García^b y C. Martín Mañero^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 50 años de edad que acude a consulta de atención primaria por inestabilidad de 1 semana de evolución, sin que exista giro de objetos a su alrededor. AP: hipertensión arterial diagnosticada hace 11 meses, en tratamiento con diuréticos e IECAs, con mal control. Aumento de peso y oligomenorrea.

Exploración y pruebas complementarias: Inspección: cara en luna llena, abdomen globuloso con estrías rojo-vinosas, gibosidad cervical posterior. CR: Tonos rítmicos y puros, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Neurológica: sin hallazgos de interés. Tensión arterial de (176/110). EKG: RS a 80 lpm sin alteraciones del eje ni la repolarización. Analítica completa: valores normales salvo colesterol total 234 (HDL) y glucemia en ayunas de 119 mg/dl. Solicitamos niveles de cortisol en orina de 24 horas, por fenotipo de la misma, la elevación de la TA y glucemia elevada en ayunas. Los resultados fueron altos niveles de cortisol en orina (1.235 ?g/24 horas).

Juicio clínico: Síndrome de Cushing, de etiología desconocida, que estaba provocando cifras altas de TA y las alteraciones de la glucemia en ayunas.

Diagnóstico diferencial: Administración exógena de corticoides; hipercortisolismo endógeno por hipersecreción de ACTH o afectación de la glándula suprarrenal.

Comentario final: El papel del médico de atención primaria es muy importante en el síndrome de Cushing ya que son ellos los que deben cribar y derivar al paciente, con la realización de pruebas pertinentes, al servicio de endocrinología. En nuestra paciente el test de dexametasona no suprimió la ACTH por tanto se sospechó el origen adrenal. Posteriormente se realizó un TC abdominal donde se objetivó una masa suprarrenal izquierda de alrededor de 3 cm de diámetro del que fue intervenida quirúrgicamente.

Bibliografía

1. Contreras LN, et al. Detección de síndrome de Cushing preclínico en pacientes con sobrepeso y diabetes mellitus tipo 2. Medicina. 2000;60:326-30.
2. Samuels MH, Loriaux DL. Cushing's syndrome and the nodular adrenal gland. Endocrinol Metab Clin North Am. 1994;23:555-69.

Palabras clave: Cushing. Hipercortisolismo. Hipertensión arterial.