



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1218 - PALPITACIONES, CEFALEA E HIPERTENSIÓN: NO SÓLO ANSIEDAD

M. Nozal Martínez^a, J. García Jiménez^b y A. García Jiménez^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Belén. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 43 años, gerente de empresa. Apendicectomizado. En tratamiento con lorazepam 1 mg/noche por insomnio. Acude a consulta por palpitaciones que refiere como "nudo en el estómago", cefalea y cifras tensionales de 180/90 mmHg. Tras realizar analítica con troponina y electrocardiograma normales, se le administran secuencialmente dos comprimidos de captoril 25 mg y alprazolam 0,5 mg sublinguales. Se da de alta con diagnóstico de ansiedad y cifras tensionales de 135/85 mmHg. Se inicia tratamiento con enalapril pero, ante mal control tensional y nuevos episodios de palpitaciones, se decide derivación a Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientado, afebril, eupneico. Pulsos palpables. No soplos carotídeos. Tensión arterial: 140/100 mmHg. Frecuencia cardiaca: 92 latidos por minuto. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Exploración neurológica normal. Analítica normal, incluyendo hormonas tiroideas. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 100 latidos por minuto, eje normal, sin alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: sin hallazgos. Se solicitan catecolaminas en suero: adrenalina 20, noradrenalina > 850 pg/ml, dopamina 20; metanefrinas séricas 10 veces el valor normal; catecolaminas libres en orina de 24 horas: adrenalina 255 ?g (normal 18), noradrenalina 870 ?g (normal 80) y dopamina 2300 ?g (normal 400). Se realizan ecografía y resonancia magnética abdominal donde se objetiva formación sólida de 6,5 cm de diámetro en región suprarrenal derecha. Rastreo con metaiodobencilguanidina (MIBG): masa abdominal derecha compatible con feocromocitoma. Derivación a cirugía para suprarrenalectomía derecha, indicando tomar alfabloqueante (fenoxibenzamina) 14 días antes de la intervención.

Juicio clínico: Feocromocitoma suprarrenal derecho. Hipertensión arterial secundaria.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión arterial esencial y rasgos hiperadrenérgicos, ansiedad, lesiones intracraneales (tumores de fosa posterior y hemorragias subaracnoideas), epilepsia diencefálica o autónoma.

Comentario final: Los feocromocitomas son tumores sintetizadores de catecolaminas, normalmente benignos, que proceden de las células cromafines del sistema nervioso simpático. Ocurren solamente en un 0,1% de la población hipertensa, pero constituyen una causa tratable de la misma. La clínica de hipertensión es la más frecuente, acompañándose de cefalea y cortejo vegetativo (sudoración profusa, palpitaciones, náuseas, etc.).

Bibliografía

1. Sydney AW. Diagnosis of a pheochromocytoma. Am J Med Sci. 2005;329:18-21.

Palabras clave: Feocromocitoma. Hipertensión arterial. Cefalea. Palpitaciones.