

347/3275 - HIPERTENSIÓN EN PACIENTE JOVEN. ¿ES UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO?

F. Naranjo Gallego^a, S. Rubio Belmonte^b y A. Rodríguez Jiménez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Zubia. Granada. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 34 años que consulta por cifras altas de tensión arterial. Su médico de Atención Primaria instaura tratamiento antihipertensivo, sin llegar a tener control completo de cifras tensionales. Acude a nuestra consulta 3 años después aquejando cefalea holocraneal, palpitaciones, inquietud, nerviosismo y cifras tensionales de hasta 200/110, achacándolo a estrés laboral importante. También presenta ganancia ponderal progresiva, que implica 10 kg en el último año. En todo este contexto presenta varios síncopes con pérdida de conciencia, siendo encontrada en el suelo con sudoración profusa y relajación de esfínteres. Se añade amlodipino al enalapril e hidroclorotiazida que tomaba previamente, sin mejoría clínica ni corrección de la hipertensión a pesar del uso de tres fármacos antihipertensivos. Refiere en visitas sucesivas marcada astenia y fatigabilidad fácil.

Exploración y pruebas complementarias: ECG: RS 92 x'. No signos de isquemia ni criterios de HVI. Rx tórax: silueta cardiaca normal e ICT normal. TC craneal realizado en Urgencias a raíz de uno de los episodios de síncope, con los siguientes hallazgos: imagen hipodensa en cápsula externa izquierda de aspecto inespecífico, a correlacionar con RNM. Analítica con elevación de noradrenalina y normetanefrina en orina de 24 horas con dieta previa hipocalórica estricta y sin alimentos que interfieran la determinación de catecolaminas. Consciente y orientada. Destaca la coloración de la cara (sospecha de flush facial). AC: tonos rítmicos, soplo protosistólico FAo (2/6). FC: 90 lpm. AR: mvc sin ruidos añadidos. Expl. neurológica básica sin datos de interés.

Orientación diagnóstica: Feocromocitoma. Se deriva a endocrino para estudio. Pendiente actualmente de realización de resonancia magnética de cráneo y suprarrenales.

Diagnóstico diferencial: Se debe hacer con todas las patologías que puedan causar una HTA secundaria. La gran mayoría están en relación con un SAOS, enfermedades renales y enfermedades endocrinas.

Comentario final: Como médicos de Atención Primaria no podemos detener el estudio de un paciente al que diagnosticamos de hipertensión sin haber descartado una hipertensión secundaria pues, en un alto porcentaje de casos, existe una patología subyacente. Concretamente, se deberá sospechar feocromocitoma si: crisis de cefalea, palpitaciones, HTA y sudoración.

Bibliografía

1. Giner Galvañ V, Esteban Giner MJ. Estrategias para el despistaje de la HTA secundaria. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2006;23(9):284-97.

Palabras clave: Hipertensión secundaria. Palpitaciones.