



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1936 - PALPITACIONES E HIPERTENSIÓN, APELLIDOS DE UN FEOCROMOCITOMA

L. Moreno Novillo^a, J. Alfonso Vaquero^b y F. Lillo Bravo^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 41 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial esencial, actualmente en tratamiento con tres fármacos (valsartán/hidroclorotiazida 160/12,5 mg/día y bisoprolol 5 mg/día), que consulta en varias ocasiones por palpitaciones.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardíaca rítmica sin soplos, tensión arterial de 155/99 mmHg, sudoración excesiva, resto de exploración sin hallazgos reseñables. Se inicia estudio ultrasonográfico. ECG: ritmo sinusal a 85 latidos por minutos, eje normal, PR normal, QRS estrecho, no bloqueos de rama ni alteraciones agudas de la repolarización. Analítica: hemograma y bioquímica normales. Ecografía abdominal: entre el bazo y riñón izquierdo se ve una imagen nodular redondeada, sólida, homogénea, de unos 4,5 cm de diámetro. Descartar masa suprarrenal. Ante los hallazgos descritos solicitamos TAC toracoabdominal: tumoración sólida adrenal izquierda, redondeada, hipercaptante con áreas internas de hipocaptación. Descartar feocromocitoma como primera opción diagnóstica. Analítica: hemograma y bioquímica normal, T4 libre 1,4 ng/dl, TSH 2,62 ?U/ml, cortisol 11,0 ng/dl, aldosterona 25 ng/dl, DHEA 500 ng/dl. Orina 24 horas: metanefrina 7610 ug/24h, normetanefrina 3.406 ug/24h, catecolaminas libres 268 ug/24h, epinefrina 147 ug/24h, dopamina 158 ug/24h, norepinefrina 121 ug/24h, 3-metoxitiramina 288 ug/24h.

Orientación diagnóstica: Feocromocitoma.

Diagnóstico diferencial: Feocromocitoma. Secreción aumentada de catecolaminas. Causas: “regla del 10”, 10% son tumores malignos, 10% son lesiones suprarrenales bilaterales, 10% son tumores extraadrenales. HTA, cefalea, sudoración excesiva, palpitaciones... Hiperaldosteronismo primario. Producción de aldosterona inadecuadamente aumentada. Causas: hiperplasia suprarrenal bilateral y adenoma unilateral. Clínica: HTA, astenia, debilidad y/o calambres musculares, estreñimiento.

Comentario final: Concluimos en la importancia del estudio de toda hipertensión arterial esencial, sobre todo aquella refractaria al tratamiento antihipertensivo, poniendo especial énfasis en la historia clínica y exploración complementarias.

Bibliografía

1. Oleaga A, Goñi F. Feocromocitoma: actualización diagnóstica y terapéutica. Endocrinología y Nutrición. 2008;55(5):202-16.

2. Guillín C, Bernabeu I, Rodríguez-Gómez IA, et al. Feocromocitoma y paraganglioma. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* 2016;12(14):795-801.
3. Prejbisz A, Lenders J, Eisenhofer G, et al. Cardiovascular manifestations of pheochromocytoma. *Journal of Hypertension*. 2011;29(11):2049-60.
4. Wu R, Tong N, Chen X, et al. Pheochromocytoma crisis presenting with hypotension, hemoptysis, and abnormal liver function. *Medicine*. 2018;97(25):e11054.

Palabras clave: Palpitaciones. Hipertensión. Feocromocitoma.