



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/850 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

J. Serrat Muñoz^a y F. Escobedo Espinosa^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Llefà. Badalona. Barcelona. ^bMédico de Familia. ABS Badalona 6. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años, natural de República Dominicana, con HTA y preeclampsia grave, dislipemia y DM tipo 2 con regular control metabólico que presenta historia de extrasistolia ventricular con ecocardiograma normal en 2016 y varias consultas por palpitaciones con taquicardia sinusal, diaforesis nocturna e hipertensión. Consulta por dolor centrotorácico opresivo irradiado a ESI con diaforesis e inestabilidad cefálica.

Exploración y pruebas complementarias: El ECG muestra BIRDHH y rectificación del ST en cara lateral. Presenta mejoría tras nitroglicerina sublingual. Ante la sospecha de síndrome coronario agudo se deriva a urgencias y tras realizar coronariografía emergente se orienta como SCASEST minor sin lesiones en arterias coronarias. La RMN cardíaca muestra pequeño evento isquémico lateral medio con mínima necrosis y, a nivel extracardíaco, masa suprarrenal izquierda.

Orientación diagnóstica: Incidentaloma suprarrenal que se orienta como posible feocromocitoma.

Diagnóstico diferencial: Ante el hallazgo de un incidentaloma suprarrenal se requerirá estudio analítico para valorar funcionalidad tumoral y estudio radiológico específico. El tumor más frecuente es el adenoma (hasta 94%). Cuando se localizan en la cortical, hasta un 11% corresponden a carcinomas, pero cuando se encuentran en la medular, hasta un 23% resultan ser feocromocitomas, mientras que un 6% son ganglioneuromas y menos del 1% neuroblastomas. Deberá tenerse en consideración en pacientes con antecedentes de neoplasia primaria extraadrenal que alrededor de un 75% de los hallazgos corresponden a metástasis, sobre todo en pacientes con tumor primario de mama, pulmón, riñón, estómago y linfoma.

Comentario final: Se trata de un caso de síndrome coronario agudo en una mujer joven y diabética con pocas alteraciones electrocardiográficas. En atención primaria, en pacientes jóvenes con hipertensión de difícil manejo o resistentes a tratamiento médico es importante descartar causas secundarias, entre las cuales cabe destacar el feocromocitoma. Además se deben tener en cuenta formas de presentación atípicas de cardiopatía isquémica en algunos grupos de población como ancianos, diabéticos y mujeres.

Bibliografía

1. Oleaga A, Goñi F. Feocromocitoma: Actualización diagnóstica y terapéutica. *Endocrinología y Nutrición*. 2008;55(5):202-16.
2. Pérez Unanua MP, Muñoz González Y, Mateo Pascual C, et al. Manejo de la patología suprarrenal en Atención Primaria. *Formación Continuada-Actualización en Medicina de familia. Semergen*.

2010;36(3):140-19.

Palabras clave: Incidentaloma. Feocromocitoma.