

424/950 - INDAGANDO EN EL ESTRÉS

N. Melón Peña¹, E. Berdún González², T. Coya Alonso³ y B. Calleja Arribas⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ³Centro de Salud Teatinos-HUCA. Oviedo. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles-Colloto. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años que acudió a nuestra consulta del Centro de Salud con clínica de palpitaciones, sudoración, cefalea y dolor epigástrico ocasional de un mes de evolución. Había visitado varias veces la guardia por este motivo presentando EKG sin alteraciones y mejoría tras la toma de alprazolam. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. Refería relacionar su cuadro con discusiones con su pareja, pero consciente del deterioro de su salud, nos muestra cifras de AMPAs recogidas en la última semana en torno a 180/100 mmHg, por lo que le diagnosticamos HTA e iniciamos Enalapril a dosis bajas. Pruebas basales de afectación de órganos diana sin alteraciones. Dos meses después, a pesar de encontrarse en tratamiento con triple terapia, no controlábamos HTA y continuaba sintomático por lo que solicitamos pruebas complementarias en búsqueda de causas de HTA resistente.

Exploración y pruebas complementarias: Taquicárdico sin otras anomalías. TA: 175/98 mmHg. T^a 36,5 °C. SatO2 100%. FC: 123 lpm. FR 14 rpm. PC: BQ, HG, Coagulación normales. EKG sin alteraciones. Hormonas y proteínas incluidas TSH, cortisol, aldosterona y renina sin alteraciones. Sistemático y sedimento normal, metanefrinas en orina elevadas.

Orientación diagnóstica: Feocromocitoma.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad vascular renal, aldosteronismo primario, HTA esencial, hipertiroidismo, carcinoma suprarrenal.

Comentario final: Se decide derivación del paciente a Endocrinología de forma preferente donde se solicita un TAC abdominal en el que se visualiza una masa suprarrenal izquierda pendiente de filiar que impresiona de benigna. Posteriormente, Cirugía General lo interviene previo bloqueo alfaadrenérgico prequirúrgico y betadrenérgico posquirúrgico sin complicaciones consiguiendo control de cifras de TA y mejoría sintomática del paciente. El feocromocitoma se encuentra presente en menos del 0,2% de los pacientes diagnosticados de HTA. Con el uso del TC y de la RM cada vez son más los casos que se diagnostican en la actualidad, la gran mayoría son hallazgos casuales. A pesar de su baja prevalencia, deberíamos sospecharlo en pacientes que padecen HTA resistente. Cabe recordar que es importante realizar un estudio genético familiar para descartar posibles neoplasias endocrinas múltiples, Enfermedad de Von Hippel-Lindau entre otras.

Bibliografía

1. Longo D. Harrison-Principios de medicina interna, 19^a ed. México: McGraw-Hill; 2016.

Palabras clave: Hipertensión. Feocromocitoma.