

## 312/45 - NO TODAS LAS HIPERGLUCEMIAS SE TRATAN CON FÁRMACOS

(1) Sánchez-Seco Toledano, Paula; (1) García García, Ana; (1) Yuste Martínez, Beatriz; (2) López Benito, Laura; (2) Piedra Castro, Raúl; (1) Reyes Ramírez, Belén.

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 23 años sin AP, que desde hace un mes presenta poliuria, polidipsia y polifagia y pérdida de 15 kg en el último año. Acude a Urgencias por dolor centrotorácico, palpitaciones, flushing. Tras anamnesis, exploración y analítica en urgencias, se objetivan cifras tensionales elevadas y cifras altas de glucemia con cetosis y pH normal, sin otras alteraciones. Se instaura tratamiento antihipertensivo en urgencias y tratamiento con bomba insulínica. Se ingresa por sospecha de debut de DM tipo 1. Durante el ingreso se intensifica tratamiento insulínico por mal control de las cifras de glucemia. Del mismo modo presentaba difícil control de las cifras de tensión arterial, siendo muy variables a pesar de tratamiento antihipertensivo. Tras estudio de extensión y pruebas complementarias, se halló en TAC, imagen compatible con feocromocitoma en glándula suprarrenal izquierda. Como tratamiento se comenzó con bloqueo alfa y antes de la intervención, bloqueo beta. Tras suprarrealectomía, se controlaron glucemias sin insulina y cifras de TA, situación que ha continuado en revisiones sucesivas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Temp 36,2°C, TA 175/112 mmHg, FC 110 lpm, glu 423 mg/dl, pH 7,38. C. Cetónicos 56 mg/dl. Resto de exploración anodina. Estudio de hiperglucemia: Hb1Ac 11,6%, péptido C 0,82 ng/ml, 2,8 tras estímulo con glucagón. Los anticuerpos antiisletos pancreáticos (ICA-1 e ICA-2), anti-GAD, antiinsulina, antitiroglobulina resultaron negativos. -Estudio de hipertensión arterial secundaria: niveles urinarios de ácido vanilmandélico y metanefrinas claramente elevados. - TAC abdominopélvico. Gammagrafía con metayodobenzilguanidina. Análisis AP de la pieza quirúrgica.

**Juicio clínico:** Feocromocitoma suprarrenal izquierdo como causa de hiperglucemia e hipertensión.

**Diagnóstico diferencial:** Diabetes mellitus tipo 1, hipertensión arterial, tirotoxicosis, enfermedades neuropsiquiátricas.

**Comentario final:** Los feocromocitomas son una causa excepcional de DM de inicio y el debut suele cursar sin cetosis. La DM está presente aproximadamente en uno de cada tres feocromocitomas y suelen mejorar e incluso desaparecer tras cirugía. Por ello se aconseja descartar feocromocitoma en todo aquellos diabéticos con deterioro glucémico persistente sin causa aparente, especialmente asociados a hipertensión.

### Bibliografía

Erickson D, Kudva YC, Ebersold MJ et al. Benign paragangliomas: clinical presentation and treatment outcomes in 236 patients. J Clin Endocrinol Metab. 2001;86(11):5210-16.

**Palabras clave:** Feocromocitoma. Hiperglucemia