

## 333/40 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTE JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Gali Juan<sup>1</sup>, J. Guinot Montoliu<sup>1</sup>, E. Salvador Candau<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carinyena. Villareal. Castellón. <sup>2</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carinyena. Villareal. Castellón.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 29 años que acude a consultas de atención primaria por cefalea frontal derecha de dos semanas de evolución de características pulsátiles que irradia hacia nivel cervical y que le despierta por la noche. Asocia cifras de TA elevadas tras varias tomas registradas durante 1 semana (Media: TA 177/112 mmHg, FC 76 lpm). Se inicia tratamiento con enalapril de 20 mg y se deriva al paciente a consultas de medicina interna para valoración. A los dos días, el paciente acude de nuevo a nuestra consulta por sensación disneica y malestar general. Presenta TA 97/75 mmHg, FC 100 lpm, afebril. El paciente refiere tomarse el tratamiento antihipertensivo correctamente. Estando en nuestra consulta presenta palidez mucocutánea y pérdida de conciencia de 2 segundos de duración que mejora con elevación de MMII. Al día siguiente el paciente acude a CCEE de medicina interna que decide ingreso a su cargo para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente y orientado, normocoloreado y normohidratado. TA 177/106 mmHg, glucemia 107, Sat O2 98%, FC 76 lpm. AC: tonos rítmicos sin soplos ni roces, AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. EEII: pulsos tibiales posteriores presentes y simétricos. Neurológico normal. ECG: RS regular a 75 lpm, PR 0,12, QRS estrecho. Onda T negativa en DII. Sin alteraciones de la repolarización precoz. RX tórax: normal. Holter TA: TA media 174/104 mmHg, con pico máximo 235/130 mmHg. Ecocardiografía: función sistólica normal con FEVI conservada. TC hemiabdomen superior: LOE suprarrenal derecha (50 x 40 mm). RM suprarrenal: tumor suprarrenal derecho de 5.5 cm de diámetro compatible con feocromocitoma. Catecolaminas en orina: Noradrenalina 1900 (N 76), Adrenalina 61 (N 18).

**Juicio clínico:** Feocromocitoma en glándula suprarrenal derecha.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad renal crónica. SAHS. Hiperaldosteronismo 1º. Sd de Cushing. Feocromocitoma. Enfermedades tiroideas. Coartación de aorta.

**Comentario final:** En personas jóvenes ( 20 años) y con hipertensión arterial mantenida/paroxística, el feocromocitoma es uno de los diagnósticos diferenciales a descartar.

### Bibliografía

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

Sydney AW. Diagnosis of a pheochromocytoma. Am J Med Sci. 2005;329:18-21.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial. Feocromocitoma. Atención Primaria.