



242/360 - HTA SECUNDARIA A PARAGANGLIOMA

A. Bautista Ruiz^a y S. Miralles Cremades^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Segorbe. Castellón.

^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 43 años que acude a la consulta refiriendo pérdida de peso (10 kg en 1 año aproximadamente) asociado a clínica de sofocos, sudoración y palpitaciones de varios meses de evolución sin desencadenante aparente. Antecedentes personales: Hipertiroidismo hace 5 años que se resolvió.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada. No focalidad neurológica. No se palpa bocio ni nódulos tiroideos. No adenopatías cervicales. Ligero exoftalmos. Auscultación cardiaca: Taquicardia sin soplos. Auscultación pulmonar: sin hallazgos patológicos. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. Miembros inferiores sin edemas y pulsos presentes. TA: 165/110 mmHg. ECG: rítmico y sinusal a 110 lpm. Eje 30°. PR 0,16. QRS estrecho sin alteraciones en la repolarización. Rx tórax: sin hallazgos. Analítica sangre: sin hallazgos. Sospechando feocromocitoma se realiza interconsulta telefónica a Medicina Interna quien recomienda ingreso hospitalario para ampliar estudio. Durante su ingreso se realizan las siguientes exploraciones: eco abdominal: sin hallazgos. TAC toraco-abdominal: sin hallazgos. Marcadores tumorales: negativos. Metanefrinas y catecolaminas en orina de 24h: Metanefrinas totales 8.780 ug/24h. Catecolaminas totales 2.869 ug/24h. Noradrenalina 1.409 ug/24h. Dopamina 1.458 ug/24h. Catecolaminas en sangre: noradrenalina 5.392 pg/mL. Dopamina 1.071 pg/mL. RM abdominal: sin hallazgos. SPECT 123-I MIBG: sin hallazgos de interés. Gammagrafía octreótido: aumento de la fijación del trazador en área temporo-esfenoidal izquierda, que podría ser compatible con un posible paraganglioma. RM cerebral: Morfológicamente la primera opción diagnóstica es un paraganglioma de glomus yugular con invasión ósea y extensión a fosa posterior.

Juicio clínico: Paraganglioma de glomus yugular.

Diagnóstico diferencial: Hipertiroidismo, feocromocitoma, estenosis arteria renal, paraganglioma.

Comentario final: La importancia de estar en alerta en nuestra consulta de atención primaria prestando atención a los signos y síntomas que nos cuentan los pacientes y mostrando una actitud proactiva en todo momento; ya que lo que a simple vista puede parecer una patología banal como es HTA puede resultar una patología potencialmente grave.

Bibliografía

1. Fauci A, Hauser S, Jameson J, et al. Harrison principios de medicina interna. 18ª ed. México; McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: HTA. Paraganglioma.