



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2288 - A propósito de un caso raro: feocromocitoma en atención primaria

E. Pascual Roquet-Jalmar^a, H. Lancova^a, Hana, A. Herrero Azpiazu^b, N. Lacunza Andueza^c, M. Pérez Gortari^c y N. Juanicotena^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azpilagaña. Pamplona. Navarra. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Burlada. Navarra. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azpilagaña. Pamplona. Navarra. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Huarte. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años, llama a su médico de familia por mareo sin claro giro de objetos y un episodio de vómito. A la exploración, taquipneica, con tensión arterial (TA) de 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) de 95 lpm, SatO₂ 96% y T^a 36,5 °C. La auscultación es rítmica, sin soplos, y buena ventilación. Imposibilidad para la incorporación por mareo, resto de exploración neurológica normal. No nistagmus. Se administra Dogmatil y Primperan, con evaluación en 24 horas. Al día siguiente persiste la postración, con mareo y vómitos recurrentes, además de disnea. T^a es 38,5 °C, taquipnea, FC 110 lpm y TA 90/60 mmHg. La SatO₂ 78%. En la auscultación, crepitantes con hipoventilación y ritmo cardíaco rápido. Se administra Toradol y se deriva a Urgencias. En urgencias se solicita analítica de sangre, orina con antigenuria, hemocultivo, urocultivo, radiografía de tórax y ECG. Se realiza sondaje vesical, con salida de 400 ml de orina clara. Se coloca mascarilla con reservorio, alcanzando un 90% de SatO₂ y se administra Perfalgan 1 g. En la radiografía, infiltrado pulmonar bilateral. Entre las alteraciones analíticas, Hb de 17,1 g/dl (11,9-16,5 g/dl) y Hto de 48,7% (34-47%), leucocitosis de 31.500 (3.500-10.500) con desviación izquierda, creatinina de 2,3 mg/dL (0,6-1,2 mg/dL) y urea de 120,4 mg/dL (10-50 mg/dL), elevación de encimas hepáticas, AST 346 U/L (0-18 U/L) y ALT 393 U/L (0-22 U/L), elevación de amilasa, 176 U/L (36-128 U/L) y CK 1249 U/L (0-17 U/L), con troponina 85,174 ug/L (0-0,5 ug/L). El PH 7,45 (7,35-7,45), con hipoxemia de 84% (85-100%). En el ECG, taquicardia sinusal a 120 lpm. Se solicita ecografía abdominal, que informa: tumoración de 5,5 cm, entre el hígado y polo superior renal. Posible lesión hepática tipo hemangioma vs lesión suprarrenal. Se ingresa en la UCI, con diagnóstico de sepsis grave secundaria a neumonía comunitaria atípica. Tras el ingreso se inicia soporte hemodinámico, a pesar del cual la paciente presenta progresivo deterioro de la oxigenación y taquicardia a 120-140 lpm. Se intuba y conecta a ventilación mecánica. En el ecocardiograma, disfunción sistólica aguda de ventrículo izquierdo (FE 34%). Tras la estabilización hemodinámica se objetivan episodios recortados de HTA. Se hace una re-evaluación diagnóstica, considerando la posibilidad de feocromocitoma con miocarditis catecolamínica, edema pulmonar y disfunción multiorgánica. Se solicita TAC abdominal y catecolaminas-metanefrinas en orina, que resultan muy elevadas. En el TAC abdominal: masa suprarrenal derecha sugestiva de feocromocitoma. Se inició alfa-bloqueo, controlándose la TA y la FC. La paciente es intervenida, realizándose suprarrenelectomía derecha, con buena evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica de sangre, ecografía, TAC, catecolaminas-

metanefrinas en orina.

Juicio clínico: Crisis catecolamínica secundaria a feocromocitoma.

Diagnóstico diferencial: Neumonía atípica con afectación multiorgánica. Shock por infección viral desconocida. Feocromocitoma.

Comentario final: El feocromocitoma es una neoplasia neuroendocrina secretora de catecolaminas. Tiene una prevalencia de 0,2% a 0,4% en hipertensos. En atención primaria debemos conocer sus síntomas predominantes, que son la hipertensión (90%), palpitaciones (50-80%), cefalea (50%), y diaforesis (50%). Es frecuente la recidiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo EL. Pheochromocytoma: state-of-the art and future prospects. Endocrine Reviews. 2003.
2. Bravo EL. Evolving concepts in the pathophysiology, diagnosis and treatment of pheochromocytoma. Endocr Rev. 1994.