



## 160/196 - ¿PUEDO ESTAR ANTE UN PACIENTE CON FEOCROMOCITOMA? LAS CLAVES PARA ORIENTARSE

J.L. Vicente Torrecilla<sup>a</sup> y D. Fernández Duque<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Montijo-Puebla de la Calzada. Badajoz. <sup>b</sup>Médico 112. Centro de Salud Montijo-Puebla de la Calzada. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 41 años sin AP ni AF de interés, presenta episodios súbitos e intensos de cefalea opresiva hemicraneal de unos quince minutos de duración que empeoran con Valsalva, comprobándose paralelamente aumento de la TA, cansancio y sensación de pérdida de fuerza en miembros inferiores. No evidenciando focalidad neurológica, su MAP indica ingreso hospitalario para estudio del paciente. Al alta, diagnóstico de cefalea de características mixtas prescribiéndose tratamiento con topiramato y sertralina. Tras 48 horas del alta, acude a urgencias AP con crisis HTA asociada a cefalea hemicraneal y palpitaciones. Al día siguiente es valorado en consulta AP encontrándose un paciente con debilidad y cifras moderadamente altas de TA, por lo que en función de la historia clínica previa se inicia estudio para el despistaje de la posibilidad de feocromocitoma en el mismo. Con resultados analíticos significativos, y orientativos hacia la sospecha diagnóstica, el Servicio de Endocrinología hospitalario completa el estudio del paciente estableciendo el diagnóstico definitivo, remitiéndole al Servicio de Cirugía Hepatobiliar para suprarrenalectomía izquierda endoscópica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Durante ingreso inicial: hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas normales, ANA negativo, proteinograma con aumento de la fracción alfa, EKG, Rx tórax, estudio del LCR, EEG, TC y RMN normales. Al alta las TA medias detectadas fueron de 155/105 mmHg, y el resultado del estudio analítico ordenado por AP fue de creatinina 0,71 mg/dl en plasma y en orina de 24 horas en medio ácido, normetanefrina 1.275, dopamina 561, norepinefrina 138 y catecolaminas libres 150 (todos ellos: µg/24h). Con la alta sospecha de feocromocitoma se contacta con Endocrinología quienes ordenan TAC toracoabdominal: nódulo suprarrenal izquierdo de 33 mm, RMN abdominal: masa de contornos definidos sólida de 32 mm con escasa reducción de señal en secuencia T1 y captación de contraste en fase arterial, sin las características de los adenomas típicos, gammagrafía con 123I-metaiodobencilguanidina (MIBG): hipercaptación focal de alta intensidad en la lesión suprarrenal izquierda estudiada.

**Juicio clínico:** Feocromocitoma suprarrenal izquierdo.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis de angustia, hipertiroidismo, cardiopatía isquémica, coartación de aorta, tumor cerebral, neuralgia craneal, cefalea en racimos, Cushing o hiperaldosteronismo.

**Comentario final:** El feocromocitoma es un tumor neuroendocrino raro, productor de

catecolaminas y sus metabolitos, más frecuente entre la 4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> década y característico por su plurisintomatología clínica. El MAP deberá estar pendiente de la coexistencia en cualquier grado e intensidad de uno a cuatro síntomas guía que le orientarán hacia su sospecha: 1. HTA sostenida o paroxística, 2. Cefalea de cualquier intensidad y localización craneal, 3. Presencia de palpitaciones y 4. Aparición de sudoración, recordando que la presencia aislada o en combinación de estos síntomas, especialmente en crisis paroxísticas de hasta 60 minutos de duración, la existencia de HTA refractaria, o bien la aparición de HTA en un paciente joven son indicadores de despistaje de feocromocitoma.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Oleaga A, Goñi F. Feocromocitoma: actualización diagnóstica y terapéutica. *Endocrinol Nutr.* 2008;55(5):202-16.
2. Bernal C, Alcázar JM. Feocromocitoma: presentación clínica, diagnóstico y tratamiento. *Hipertensión.* 2006;23:173-83.