



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1517 - '¡Esta tensión me ruboriza!'

A. García Porras^a, E. Tórtola Ventura^a, A.B. González Navalón^b, A. Tamarit Latre^c, A. Viña Almunia^d, A.I. Seoane Novás^d, Á. Campo Jiménez^d, M. Bernuz Rubert^e, A. Núñez Villén^f y D. Lumbreras Manjón^g

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^gMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 72 años con AP de dislipemia, hipertensión arterial refractaria a tratamiento desde 2013, asma bronquial intrínseco y estenosis aórtica leve con derrame pericárdico crónico. Durante una consulta en AP presenta un cuadro de dolor centrotorácico opresivo e irradiado a brazo izquierdo con sudoración profusa por lo que es remitida al servicio de urgencias hospitalarias previa administración de AAS 300 mg. Durante su estancia en observación presenta un episodio de sudoración profusa y rubor facial acompañado de crisis hipertensiva de hasta TAS de 220 mmHg, con broncoconstricción a la auscultación cediendo tras instauración de aerosoles y actocortina 200 µg en aproximadamente 20 min. Ya en planta de Cardiología (donde ingresa para estudio de dolor torácico dados sus antecedentes) y pensando en una posible reacción adversa a AAS se decide interconsultar con el servicio de Alergología quienes tras realizar prueba de provocación oral con AAS 100 mg controlada descartan la relación con la misma. La paciente cuenta episodios similares al anterior desde hace 1 año, con crisis hipertensivas asociadas a la mismas, por lo que juntando toda la sintomatología se decide hacer estudio de feocromocitoma mediante la determinación de metanefrinas en orina de 24h iniciando de primeras tratamiento con doxazosina 4 mg/24h quedando desde entonces asintomática. Tras resultado de las mismas y dado que son positivas se decide completar estudio con pruebas de imagen que confirman diagnóstico de sospecha.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca la auscultación de un soplo pansistólico. Durante las crisis mencionadas destacan cuadro de rubefacción facial con autoescucha de sibilantes, y sudoración profusa acompañadas de desaturación, taquipnea y crisis hipertensivas con TAS > 220. Analítica anodina. Orina: determinación de catecolaminas libres 523 µg/24h y metanefrinas 890 µg/24h. Rx tórax destaca cardiomegalia y calcificación del anillo aórtico. Ecocardiograma: ligero derrame pericárdico conocido sin repercusión hemodinámica. TAC: masa de 4 × 3,5 cm dependiente de glándula suprarrenal derecha.

Juicio clínico: Feocromocitoma suprarrenal derecho.

Diagnóstico diferencial: Intolerancia a la AAS (tríada ASA). Reagudización asma bronquial. Hipertensión arterial secundaria. Crisis de ansiedad.

Comentario final: Comentario final: Tras adrenalectomía derecha laparoscópica con tratamiento hormonal sustitutivo posterior, la paciente presenta buena evolución en la actualidad. El feocromocitoma es un tumor productor de catecolaminas que procede de las células cromafines del sistema nervioso simpático. El 80-85% se localiza en la médula. Su incidencia se estima en 1,5/100.000 habitantes/año, y es un 0,3-1,9% de las causas secundarias de hipertensión arterial refractarias a tratamiento en la población general. La edad de mayor incidencia se sitúa entre los 40 y 50 años y afecta a ambos sexos de manera similar. Pueden ser esporádicos o genéticos por lo que la detección en los casos de afección familiar puede resultar en el diagnóstico precoz de otros miembros de la familia. La tríada clínica clásica consiste en cefalea (80%), palpitaciones (64%) y diaforesis (57%) y en un paciente con hipertensión arterial refractaria tiene una sensibilidad S(90,9%) y una E (93,8%³) para el diagnóstico, por lo que es una entidad a tener en cuenta en pacientes con clínica de hipertensión refractaria al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oleaga A, et al. Feocromocitoma. *Endocrinol Nutr.* 2008;55(5):202-16.
2. Base de datos Orion Clinic. Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre.