



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2083 - Importancia del contexto clínico en actitud diagnóstica

M.J. Conesa Espejo^a, C. Sánchez Pérez^a, M. García Aroca^b, C.G. Zambrano Clavier^c, C. Celada Roldán^d, A. Martínez Más^e, I.M. Martínez Ardil^f, M. Boksan^g, E.M. Fernández Cueto^h y E. Schmucke Fortty^g

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barrio de Peral. Cartagena. Murcia. ^gMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. ^hMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 35 años acude a su Médico Atención Primaria (MAP) refiriendo cefalea y palpitaciones. Antecedentes personales: fumadora 1 paquete/día. Bebedora social. Antecedentes familiares (AF): padre muerte súbita 57 años. Hermano 30 años hipertensión arterial (HTA). Refiere cefalea opresiva desde hace 1 mes. Ha tomado analgésicos sin mejoría. En últimas semanas acompaña palpitaciones. El MAP realiza exploración física (EF) y neurológica (NRL) normal. Tensión arterial (TA) 180/110, electrocardiograma normal. Se administra diazepam 5 miligramos y captopril 25 miligramos sublingual. A los 45 minutos se toma TA: 160/100. Se indica que suspenda antiinflamatorios, tome paracetamol y se prescribe enalapril 10 miligramos. Se recomienda abandono hábitos tóxicos. Se solicita analítica y se cita en consulta en una semana para revisión. Persiste cefalea y TA 170/100, continúa consumiendo alcohol y tabaco. Se insiste en abandono de hábitos tóxicos, se añade metamisol, propranolol 10 miligramos y se indica que traiga controles TA en próxima cita. A los 5 días acude a Urgencias por no mejoría de cefalea, TA 170/110 sin otros hallazgos exploratorios, ni en pruebas complementarias. Administran diazepam y captopril y se toma TA 160/100, siendo alta Urgencias. En 48 horas siguientes acude a MAP refiriendo persistencia de cefalea, palpitaciones y dolor abdominal intenso continuo periumbilical cólico de 48 horas de duración sin náuseas, vómitos, ni alteraciones de hábito intestinal con exploración sin hallazgos significativos. Se solicita ecografía abdominal, analítica para estudio de HTA secundaria e interconsulta a cardiología. En ecografía abdominal se detecta lesión paraaórtica, retroumbilical y alteración analítica por lo que se remite a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneica, afebril. TA: 170/110. Frecuencia cardiaca: 100 latidos/minuto. Saturación oxígeno: 99%. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: dolor leve a la palpación superficial en región periumbilical, sin irritación peritoneal. No masas, ni megalias. No soplos abdominales. Miembros inferiores: pulsos pedios conservados y simétricos. No focalidad neurológica. Analítica: hemograma, coagulación normal.

Función renal, tiroidea e iones normales. Albúmina/creatinina y sedimento orina: normal. Catecolaminas en suero: noradrenalina 830 picogramos/mililitro. Metanefrinas séricas: 600 picogramos/mililitro. Catecolaminas en orina: noradrenalina 1.700, dopamina 3.500. Resto de parámetros para estudio HTA secundaria normales. Radiografía tórax: normal. Electrocardiograma: normal. TAC craneal: normal. Ecografía abdominal: lesión paraaórtica de 5 cm en región retroumbilical. Resonancia magnética abdominal: masa retroperitoneal paraórtica izquierda sugestiva de feocromocitoma.

Juicio clínico: HTA secundaria a feocromocitoma.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario, hiper/hipotiroidismo.

Comentario final: El MAP debe iniciar un estudio de despistaje ante sospecha por anamnesis y EF de HTA secundaria (hemograma, iones, filtrado glomerular. Hormonas tiroideas, aldosterona, actividad renina plasmática. Orina: sedimento, albúmina/creatinina, cortisol, metanefrinas. Ecografía abdominal. Electrocardiograma). Se trata de un paciente joven que debuta con cifras elevadas de TA, HTA sin respuesta terapéutica y AF HTA a edades tempranas. La figura del MAP adquiere relevancia por la accesibilidad para el paciente y la relación de confianza entre ambos permitiéndole implantar medidas de prevención secundaria, promoción de hábitos saludables y asegurar adherencia terapéutica durante su seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mancia G, Fagard R. et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the ESH and ESC. Eur Heart J. 2013;34(28):2159-219.