



160/917 - ASTENIA Y FIEBRE, ¿DEBEMOS PENSAR SIEMPRE EN UN SÍNDROME GRIPAL?

G. Jiménez Salmerón^a, I. Jiménez Rodríguez^b y B.M. Jiménez Rodríguez^c

^aEstudiante de Medicina. Universidad Católica San Antonio. Guadalupe. Murcia. ^bMédico de Familia. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. ^cFacultativo especialista en Neumología. Hospital Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 14 años de edad, natural de Rumanía, residente en España desde hace 6 años. Escolarizado. Sin antecedentes personales de interés, tampoco intervenciones quirúrgicas previas, ni alergias medicamentosas. Consulta en urgencias por cuadro de una semana de evolución caracterizado por sensación febril vespertina, sudoración nocturna, y afectación del estado general en tratamiento con paracetamol vía oral (vo), refiere que en las últimas horas del día anterior había empeorado asociando palpitaciones y astenia intensa.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a urgencias presenta cifras de tensión arterial (TA): 230/130, asociando taquicardia sinusal a 145 latidos por minuto (lpm). Febril 38,8 °C. Presenta regular estado general, palidez cutáneo-mucosa, diaforético. Auscultación cardiorespiratoria: rítmico, soplo pansistólico III/VI. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Abdomen: anodino. Neurológico: sin focalidad. Glasgow 15/15. No edemas en miembros inferiores. Pulsos periféricos presentes y simétricos tanto en miembros superiores como inferiores. ECG: taquicardia sinusal a 145 lpm. Analítica sanguínea: leucocitosis 16.750, trombocitosis 718.000. Radiografía de tórax: sin hallazgos de patología aguda. Sistemático de orina negativo. Triage a tóxicos negativo. Hemocultivos.

Juicio clínico: Emergencia hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión arterial esencial. Hipertensión arterial maligna. Disección aórtica. Hipertensión arterial secundaria a fármacos o sustancias tóxicas: cocaína, regaliz, intoxicación por vitamina D, o de origen renal, central o automómico. Síndromes originados por aumento de catecolaminas.

Comentario final: Ante la escasa respuesta del paciente a labetalol y amiodarona intravenoso (iv), se realiza interconsulta con: 1. Medicina Interna (MI) que recomienda estudio de hipertensión arterial (HTA) solicitando: ecografía y tomografía computarizada abdominal (TAC), catecolaminas plasmáticas y en orina, estudio global de HTA secundaria y, recomienda tratamiento vo con doxazosina y labetalol. 2. Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): ingresa al paciente y, pauta perfusión iv de labetalol además de los fármacos pautados por MI. Una vez controladas las cifras de TA y frecuencia cardíaca se traslada al paciente a la UCI de nuestro hospital de referencia. El resultado del TAC abdominal urgente nos informaba de la existencia de dos masas adrenales

bilaterales de gran tamaño, derecha de 8 × 4 centímetros (cm) e izquierda de 5,3 × 2,8 cm, de ecoestructura heterogénea con calcificaciones centrales, moderadamente hipodensas, que sugerían como primer diagnóstico feocromocitomas adrenales bilaterales. Finalmente en el hospital de referencia al paciente se le realizó suprarrenalectomía unilateral, consiguiéndose hasta el momento actual adecuadas cifras de TA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª Edición. Elsevier; 2015:215-20.
2. Feocromocitoma y paraganglioma tratamiento (PDQ). NIH: Instituto Nacional del Cáncer. Junio 2015.
3. Álvarez Álvarez B, de Rivas Otero B, Martell Claros N, Luque Otero M. Hipertensión arterial en la infancia y adolescencia. Importancia, patogenia, diagnóstico y tratamiento. Hipertensión. 2004;21(6):296-310.