



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1130 - CRISIS HIPERTENSIVAS DE REPETICIÓN

M. Gómez Caballero<sup>a</sup>, L. Floristán García<sup>a</sup>, M.E. Millán Hernández<sup>b</sup>, R. García Arriola<sup>c</sup>, B.M. Pax Sánchez<sup>d</sup>, K.E. Ramrath<sup>e</sup>, J. Ramos Sesma<sup>a</sup>, E. Sierra Rubio<sup>f</sup>, P.M. Rubio Puerta<sup>b</sup> y R. Sanjurjo Navarro<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torrelozanes. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Monterrozas. Las Rozas. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aravaca. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pozuelo Estación. Pozuelo. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Las Rozas. El Abajón. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Aravaca. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años hipertenso con buenos controles hasta febrero y fibrilación auricular paroxística con crioblación de 4 venas pulmonares. Consulta por episodios paroxísticos de diez minutos de duración de palpitaciones, cefalea, hiperhidrosis y palidez generalizada asociados a crisis hipertensivas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Palidez cutánea, sudoración, con tensión arterial oscilando entre 142-247/83-146 mmHg y saturación de oxígeno entre 87% y 93% basal durante la anamnesis. Diferencia de tensiones en los 4 miembros. Rítmico, sin soplos, tonos disminuidos. Pruebas complementarias: Analítica básica, función y anticuerpos tiroideos, metabolismo calcio-fósforo, cortisol, DHEAs, ACTH basal, calcitonina, radiografía y electrocardiograma normales. Normetanefrina y metanefrina elevadas. AngioTC sin signos de síndrome aórtico agudo, con masa heterogénea de 4,8 cm en glándula suprarrenal izquierda sugerente de feocromocitoma y nódulo tiroideo derecho. Ecografía tiroides: bocio difuso con nódulo quístico único derecho sin características de sospecha. Resonancia magnética con hallazgo de masa suprarrenal izquierda de 45 × 45 mm compatible con feocromocitoma. Gammagrafía médula suprarrenal con captación patológica en región de glándula suprarrenal izquierda sin depósitos patológicos en otras localizaciones.

**Juicio clínico:** Feocromocitoma adrenal izquierdo.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome aórtico agudo, coartación aorta, metástasis, carcinoma suprarrenal, MEN 2A.

**Comentario final:** El feocromocitoma es un tumor de la glándula suprarrenal que se origina en la médula. Infrecuente, en una de cada 100.000 personas y año, y suelen ser benignos (90%) presentándose habitualmente entre los 30 y 60 años. La mayor parte son esporádicos, es decir, sin una causa genética, por lo que no hay familiares afectados. Los casos asociados a alteraciones genéticas (30%) forman parte de síndromes raros como la neoplasia endocrina múltiple tipo 2, la

neurofibromatosis tipo 1, la enfermedad de von Hippel-Lindau y el síndrome de paraganglioma familiar. El feocromocitoma produce un exceso de catecolaminas y por ello una variedad de síntomas que pueden presentarse de forma intermitente. Es necesario diagnóstico bioquímico y de localización. El tratamiento es quirúrgico (hasta entonces, necesario alfa-bloqueo).

## **Bibliografía**

1. Pacak K, Linehan WM, Eisenhofer G, et al. Recent advances in genetics, diagnosis, localization, and treatment of pheochromocytoma. *Ann Intern Med.* 2001;134:315.

**Palabras clave:** *Crisis hipertensiva. Cefalea. Palidez. Palpitaciones.*