



242/4745 - DESCUBRIENDO AL ENEMIGO DETRÁS DE LA HIPERTENSIÓN

D. losada salamanca^a, C. Ruiz Franco^b y J. Espinosa García^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de la Serena Norte. Badajoz.

^bMédico especialista en Medicina Interna. Hospital Don Benito Villanueva de la Serena. Badajoz. ^cMédico de Familia. Hospital Don Benito Villanueva de la Serena. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años con AINEs por artralgias sin antecedentes patológicos, presenta cifras tensionales elevadas en valoración rutinaria y perfil lipídico alterado. Se realiza MAPA y se inicia tratamiento antihipertensivo. Presenta episodios de hipotensión, asociados de sudoración, palpitaciones y astenia autolimitados. Presentó hiperglucemia de 400 mg/dl sintomática e HTA que requiere ingreso hospitalario. Se regula glucemia y cifras tensionales farmacológicamente. Por la HbA1c de 6% y la fluctuación de TA se requiere valoración por endocrinología: metanefrinas y catecolaminas en orina elevadas, RMN y TAC abdominal con 2 lesiones adrenales con sospecha de adenoma/feocromocitoma confirmándose mediante gammagrafía con MIBG se inicia alfa-beta bloqueo. Se realizó suprarrenalectomía laparoscópica derecha. Actualmente en seguimiento con su médico de familia.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física completa dentro de la normalidad. Asintomático. Catecolaminas y metanefrinas en orina/24h. Metanefrinas: 3.825 ug/24h, normetanefrinas: 4.103 ug/24h. RMN-abdominal/TAC-toraco-abdominal: feocromocitoma quístico 8,4 cm suprarrenal derecho y lesión nodular de 15 mm suprarrenal izquierdo con contenido graso, probable adenoma. SPECT-CT I-123-MIBG: masa suprarrenal derecha compatible con lesión cromafínica necrótico/quística central. Nódulo suprarrenal izquierdo que no cumple criterios de etiología cromafínica.

Juicio clínico: Feocromocitoma derecho, adenoma suprarrenal izquierdo, HTA 2^a, DLP.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión arterial secundaria medicamentos, síndrome cushing, hiperaldosteronismo primario, hipertiroidismo, adenoma suprarrenal, HTA esencial.

Comentario final: El feocromocitoma es un tumor de las células cromafines de la suprarrenal, debido a los diferentes patrones de secreción de catecolaminas tiene una sintomatología heterogénea caracterizada por HTA, sudoración, palpitaciones y cefalea. Ante una HTA sostenida y/o paroxística y/o resistente que puede acompañarse de diabetes atípica de reciente comienzo y/o masa suprarrenal debe sospecharse e iniciarse estudio de feocromocitoma. El Médico de familia debe vigilar y controlar los factores de riesgo cardiovascular para poder observar cambios precoces, actuando oportunamente y evitando complicaciones como en este caso donde se inicia el proceso a partir de seguimiento médico preventivo.

Bibliografía

1. Pacak K, et al; Pheochromocytoma: Recommendations for clinical practice from the first International Symposium. *Nat Clin Prat Endocrinol Metab.* 2007;3:92.
2. Rípodas B, Arillo A, Murie M, García D. Pheochromocytoma. A case report. *An Sist Sanit Navar.* 2012;35(1).

Palabras clave: Hipertensión. Feocromocitoma.