



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2619 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA

S. Manzano Sánchez-Miranda^a, S. García Cabrera^b, L. Ortiz Peña^c, S. Saltares expolio^d, N. Pertierra Galindo^e y N. Gamarra Mendoza^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monovar. Madrid. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monovar. Madrid. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estrecho de Corea. Madrid. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Monovar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años, antecedente de linfoma de Hodgkin tratado con poliquimioterapia en remisión actual, refiere desde hace dos años episodios autolimitados de hipertensión (HTA), hiperglucemias de predominio matutino, palpitaciones, sudoración, síntomas de ansiedad, temblor y calambres en miembros inferiores, que cedían espontáneamente o con ansiolíticos, dejándole una astenia secundaria. Presenta un diagnóstico previo de crisis de angustia, HTA emocional y diabetes. Refiere haber seguido un tratamiento con psicoterapia, mejorando la sintomatología ansiosa, y algún tratamiento antihipertensivo, que actualmente le habían suspendido. No hacía tratamiento farmacológico para su diabetes por hipoglucemias frecuentes.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física anodina excepto ligera palidez cutánea y sudoroso. Cifras de TA normales en la triple toma. A pesar de ello durante el estudio presentó una crisis paroxística de TA 204/116, por lo que se le diagnostica de HTA por TAD > 115 que se trata con enalapril. Glucemia 232 mg/dl, colesterol total 324 mg/dl, creatinina 1,4, Transaminasas ligeramente elevadas y resto normal. Electrocardiograma en ritmo sinusal con HBAI. Fondo de ojo sin retinopatía diabética. Ante la sospecha de HTA secundaria se deriva al paciente a la unidad de HTA para valorar Holter que aporta los siguientes resultados: TA basal 127/85-90, TAS > 140 (26%), TAD > 90 (41%). Concomitantemente, y para descartar posible feocromocitoma, solicitamos una ecografía abdominal en la que aparece una masa sólida dependiente de glándula suprarrenal derecha de 4,4 cm. Posteriormente, se confirma la sospecha en el hospital por elevación patológica de catecolaminas en orina 24 horas y anatomía patológica tras extirpación quirúrgica.

Juicio clínico: Feocromocitoma.

Diagnóstico diferencial: HTA secundaria, crisis de angustia, hiperglucemia secundaria.

Comentario final: El feocromocitoma es un tumor derivado del tejido paraganglionar y el 90% de veces benigno, unilateral y localizado en médula suprarrenal. Ante una HTA refractaria, es importante sospechar una causa secundaria desde la Atención Primaria. Esto permitirá diagnosticar una causa reversible de hipertensión, evitando el diagnóstico erróneo y procedimientos inapropiados

y potencialmente perjudiciales a los pacientes, además de evitar crisis hipertensivas potencialmente letales.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: Hipertensión paroxística. Feocromocitoma.