



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/850 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

J. Serrat Muñoz^a y F. Escobedo Espinosa^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Llefà. Badalona. Barcelona. ^bMédico de Familia. ABS Badalona 6. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años, natural de República Dominicana, con HTA y preeclampsia grave, dislipemia y DM tipo 2 con regular control metabólico que presenta historia de extrasistolia ventricular con ecocardiograma normal en 2016 y varias consultas por palpitaciones con taquicardia sinusal, diaforesis nocturna e hipertensión. Consulta por dolor centrotorácico opresivo irradiado a ESI con diaforesis e inestabilidad cefálica.

Exploración y pruebas complementarias: El ECG muestra BIRDHH y rectificación del ST en cara lateral. Presenta mejoría tras nitroglicerina sublingual. Ante la sospecha de síndrome coronario agudo se deriva a urgencias y tras realizar coronariografía emergente se orienta como SCASEST minor sin lesiones en arterias coronarias. La RMN cardíaca muestra pequeño evento isquémico lateral medio con mínima necrosis y, a nivel extracardíaco, masa suprarrenal izquierda.

Orientación diagnóstica: Incidentaloma suprarrenal que se orienta como posible feocromocitoma.

Diagnóstico diferencial: Ante el hallazgo de un incidentaloma suprarrenal se requerirá estudio analítico para valorar funcionalidad tumoral y estudio radiológico específico. El tumor más frecuente es el adenoma (hasta 94%). Cuando se localizan en la cortical, hasta un 11% corresponden a carcinomas, pero cuando se encuentran en la medular, hasta un 23% resultan ser feocromocitomas, mientras que un 6% son ganglioneuromas y menos del 1% neuroblastomas. Deberá tenerse en consideración en pacientes con antecedentes de neoplasia primaria extraadrenal que alrededor de un 75% de los hallazgos corresponden a metástasis, sobre todo en pacientes con tumor primario de mama, pulmón, riñón, estómago y linfoma.

Comentario final: Se trata de un caso de síndrome coronario agudo en una mujer joven y diabética con pocas alteraciones electrocardiográficas. En atención primaria, en pacientes jóvenes con hipertensión de difícil manejo o resistentes a tratamiento médico es importante descartar causas secundarias, entre las cuales cabe destacar el feocromocitoma- Además se deben tener en cuenta formas de presentación atípicas de cardiopatía isquémica en algunos grupos de población como ancianos, diabéticos y mujeres.

Bibliografía

1. Oleaga A, Goñi F. Feocromocitoma: Actualización diagnóstica y terapéutica. Endocrinología y

Nutrición. 2008;55(5):202-16.

2. Pérez Unanua MP, Muñoz González Y, Mateo Pascual C, et al. Manejo de la patología suprarrenal en Atención Primaria. Formación Continuada-Actualización en Medicina de familia. Semergen. 2010;36(3):140-19.

Palabras clave: Incidentaloma. Feocromocitoma.