Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2945

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/730 - EMERGENCIA HIPERTENSIVA REFRACTARIA A TRATAMIENTO

T. Martín Acedo[1], J. Carmona Pérez[2], D. Simón González[2] y R. Cruz Baviano[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Cádiz. [2]Médico de Familia. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 32 años, con hipotiroidismo e hipertensión arterial, en tratamiento con losartán/hidroclorotiazida; como únicos antecedentes de interés. Acude al Servicio Urgencias Hospitalario tras valoración en Centro de Salud por cifras elevadas de tensión arterial (TA), acompañados de náuseas, vómitos y cefalea. Tras tratamiento oral con captopril, y respuesta de la TA, el paciente es derivado por persistencia de malestar general.

Exploración y pruebas complementarias: Encontramos al paciente con aceptable estado general, bien hidratado y perfundido. Sin hallazgos en la auscultación cardiorespiratoria. El paciente refiere molestias leves a la palpación abdominal de forma generalizada. En el electrocardiograma se aprecia ritmo sinusal a 75 latidos por minuto, sin otras alteraciones. En consulta, el paciente presenta TA de 190/140 mmHg, se decide completar tratamiento oral con 25 mg de captopril y 500 µg de alprazolam, y se traslada al área de observación. La analítica desvela: glucosa: 295 mg/dl, creatinina 2,04 mg/dl con urea normal. Bilirrubina: 2 mg/dl a expensas de indirecta. Mínima elevación de transaminasas. Resto sin alteraciones. El paciente evoluciona rápidamente con regular estado general, sudación profusa, agudización de la cefalea y continúa manteniendo TA de 180/136 mmHg. Presenta en estos momentos dolor más intenso a nivel abdominal, sobre todo en hipocondrio derecho. Se inicia tratamiento intravenoso con labetalol, consiguiendo cifras de 140/100 mmHg y se decide la realización de prueba de imagen dado el rápido empeoramiento clínico y el deterioro a nivel analítico del paciente.

Orientación diagnóstica: El dolor abdominal y la alteración de la función renal, orientó hacia un origen renal de la hipertensión, sospechando principalmente lesión a nivel vascular.

Diagnóstico diferencial: Se descartó el consumo de cocaína mediante test en orina. Sospechamos un fracaso renal agudo por vasoconstricción renal dada la evolución rápida del cuadro.

Comentario final: Se completó la ecografía con TC abdominal, encontrándose una masa suprarrenal izquierda de 10 cm de diámetro máximo, que desplazaba arteria y vena renales, con sospecha de feocromocitoma como primera opción, siendo compatible el exceso de catecolaminas producidas por el tumor con la clínica que presentaba el paciente.

Bibliografía

1. García Gil D, Benítez Macías J, Domínguez Fuentes M, Mensa Pueyo J. Terapéutica médica en urgencias. Madrid: Médica Panamericana; 2017.

Palabras clave: Hipertensión. Feocromocitoma.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.