

## CARTAS CLÍNICAS

### La ecografía en el punto de atención al paciente en la sospecha de hipertensión arterial secundaria



#### Point-of-care ultrasound for suspected secondary arterial hypertension

La ecografía en el punto de atención es realizada por el clínico que asiste al paciente y conoce sus síntomas y signos, permitiendo la obtención rápida de imágenes dinámicas en tiempo real que se integran en la exploración y permiten una aproximación al diagnóstico<sup>1</sup>. El desarrollo de equipos portátiles y ultraportátiles ha favorecido la difusión de su empleo a múltiples especialidades, en situaciones muy diversas y con fines múltiples (diagnóstico, procedimientos y cribado).

En la hipertensión arterial esencial, el uso de estos dispositivos en el punto de atención al paciente resulta de utilidad en la detección de daño orgánico, especialmente la identificación de hipertrofia ventricular izquierda<sup>2</sup>.

Existen pocas aportaciones en la bibliografía relacionadas con la utilidad de la ecografía en la cabecera del paciente para la orientación diagnóstica de causas secundarias de hipertensión arterial.

El objetivo de la presente carta no se limita a la mera exposición de un caso clínico. Pretende seguir poniendo énfasis en la importancia que, en el caso concreto de la práctica diaria de la medicina, tiene la ecografía integrada en la exploración clínica como una herramienta costo-eficiente, que permite, entre otros aspectos, limitar el diagnóstico diferencial, mejorar ostensiblemente el proceso de decisión clínica, racionalizar el tratamiento y dirigir la realización de otras exploraciones complementarias.

Se trata de una mujer de 50 años con antecedentes de tabaquismo y anemia ferropénica por hemorragia uterina disfuncional. Es remitida por el médico de familia a la consulta de alta resolución de medicina interna (CAREMI) por hipertensión arterial de reciente comienzo y difícil control, ganancia ponderal, edemas, alteración en la distribución de la grasa corporal con impresión de tumoración supraclavicular bilateral y debilidad muscular de predominio proximal. En la exploración destacaba una PA de 169/100 mmHg, facies pletórica, aumento de la grasa supraclavicular y obesidad de predominio central. Se realizó ecografía abdominal integrada en la exploración clínica, destacando esteatosis hepática y la presencia de una lesión bien delimitada, con tamaño máximo próximo a 4 cm y áreas de ecogenicidad mixta en la zona suprarrenal izquierda (fig. 1). En las analíticas fueron normales el hemograma y la coagulación. En la bioquímica destacaba: sodio 149 mmol/l

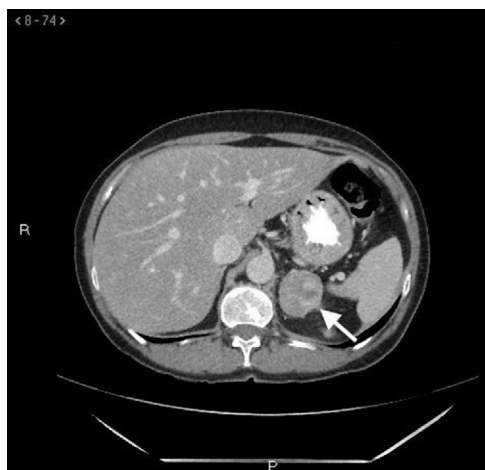


**Figura 1** Tumoración adrenal izquierda (flecha) demostrada por ecografía en el punto de atención al paciente, observándose una lesión isoecogénica en comparación con el parénquima renal.

(VN: 135-145 mmol/l), GGT 149 UI/l (VN: 8-65 UI/l), cortisol basal 28,21 µg/dl (VN: 6,24-18 µg/dl), cortisol libre urinario 504 µg/24 h (VN: 36-137 µg/24 h) y ACTH indetectable (VN: 4,7-48,8 pg/ml). Las metanefrinas fraccionadas en la orina de 24 h se encontraban dentro de valores normales. Recibió tratamiento con ketoconazol, por vía oral, a dosis de 200 mg/12 h. En la TC abdominal destacaba una glándula suprarrenal izquierda aumentada de tamaño, de 39 × 36 mm, morfología redondeada y bordes lisos, con áreas de hemorragia en el contexto de un probable adenoma suprarrenal con zonas de sangrado (fig. 2). La TC torácica no evidenció hallazgos significativos. Se realizó suprarrenalectomía izquierda por vía laparoscópica, con el diagnóstico anatomopatológico de adenoma córticoadrenal. En la evolución posterior en la CAREMI se ha comprobado la normalización de la PA, del peso corporal y de los parámetros hormonales.

Son numerosas las aplicaciones que en la práctica asistencial tiene la ecografía en el punto de atención al paciente<sup>3</sup>. Es una técnica que puede, de forma rápida, identificar anomalías que no son evidentes en la exploración clínica tradicional. El médico generalista formula una cuestión clínica específica y plantea una toma de decisiones, y en la respuesta a estas cuestiones integra la ecografía en la exploración (examen clínico asistido por la ecografía).

No resulta fácil identificar las glándulas suprarrenales normales y la ecografía no representa la técnica de elección para detectar o excluir enfermedad suprarrenal, debido a diversos factores como ecogenicidad similar a la de la grasa retroperitoneal, ventana acústica, calidad del equipo



**Figura 2** Glándula suprarrenal izquierda aumentada de tamaño (flecha), de morfología redondeada y de 39 × 36 mm con bordes lisos y áreas heterogéneas en el contexto de probable adenoma suprarrenal con zonas de hemorragia.

de ultrasonidos o experiencia del examinador. Sin embargo, se recomienda la evaluación ecográfica de las glándulas suprarrenales en pacientes con hipertensión arterial e hiperadrenalismo y en el seguimiento de tumores benignos diagnosticados por TC o RM<sup>4,5</sup>.

El caso presentado, un adenoma suprarrenal funcionante (síndrome de Cushing), ilustra y ejemplifica la utilidad de la ecografía en el punto de atención al paciente como herramienta que, integrada en la exploración clínica, permite en muchos casos establecer una orientación diagnóstica rápida en la misma consulta y dirigir la realización de otras pruebas de imagen y de laboratorio. La sospecha de síndrome de Cushing se estableció en el primer contacto con el paciente, confirmándose posteriormente con los resultados de las determinaciones hormonales y de la TC.

La integración de la exploración asistida por la ecografía representa un cambio imparabable en la práctica asistencial

que ya empieza a generalizarse y establecerá, con su empleo rutinario, nuevos estándares de calidad en la atención al paciente.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes, y han solicitado los permisos correspondientes.

## Bibliografía

1. Moore CL, Copel JA. Point-of-Care Ultrasonography. *N Engl J Med*. 2011;364:749–57.
2. Bornemann P, Johnson J, Tiglao S, Moghul A, Swain S, Bornemann G, et al. Assessment of Primary Care Use of a Pocket Ultrasound Device to Measure Left Ventricular Mass in Patients with Hypertension. *J Am Board Fam Med*. 2015;28:706–12.
3. Bhagra A, Tierney DM, Sekiguchi H, Soni NJ. Point-of-Care Ultrasonography for Primary Care Physicians and General Internists. *Mayo Clin Proc*. 2016;91:1811–27.
4. Stapa RZ, Jakubowski WS, Dobruch-Sobczak K, Kasperlik-Zafuska AA. Standards of ultrasound imaging of the adrenal glands. *J Ultrasound*. 2015;15:377–87.
5. Little AF. Adrenal Gland and Renal Sonography. *World J Surg*. 2000;24:171–82.

D. García Gil<sup>a,\*</sup>, J.R. Corzo Gilabert<sup>a</sup>  
y J.M. Martínez Muñoz<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hospital de Día Médico y Consultas de Alta Resolución, Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna y Urgencias, Hospital del SAS «San Carlos», San Fernando, Cádiz, España

<sup>b</sup> Centro de Salud Rodríguez Arias, San Fernando, Cádiz, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [urgenciashupr@gmail.com](mailto:urgenciashupr@gmail.com)  
(D. García Gil).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.10.005>  
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Cacogeusia e ingesta de piñones



### Cacogeusia and ingestion of pine nuts

La cacogeusia es la sensación prolongada de alteraciones en el sentido del gusto percibido como desagradable. Una de las causas que lo provoca es la ingesta de piñones de la especie *Pinus armandii* (*P. armandii*)<sup>1</sup>, siendo conocida esta entidad como síndrome de la boca de pino.

Se presenta un caso de una mujer de 37 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin intervenciones quirúrgicas ni antecedentes patológicos de interés. Trabaja como gerente de oficina, no es fumadora ni consumidora de otros tóxicos.

El 17 de julio del 2016 comenzó a tener sensación de sabor metálico, amargo o desagradable en relación con las

comidas o 1-2 h después de las mismas. Esta sensación se exacerba en ayunas al levantarse por la mañana y con el reflujo gastroesofágico por ingestas excesivas. Consulta al médico de familia a los 4 días del inicio de la clínica quien realiza anamnesis y exploración física. Se constata que 24 h antes del inicio de los síntomas la mujer había consumido piñones en salsa pesto. La ingesta la repitió 3 días después coincidiendo con un aumento en la intensidad de los síntomas (sensación de que la boca le sabía «a cloaca» o de que los alimentos saben «a jabón»). La cacogeusia le aparece y desaparece de forma intermitente, no mejora con el lavado dental ni con el uso de colutorios. No asociaba anosmia ni infección de las vías respiratorias, sinusitis u odontalgia. No había alteración del hábito intestinal ni ingesta enólica. No refería parestesias linguales ni trastorno del ánimo. Tomaba suplementos de ácido fólico y yodo por deseo gestacional.