

M<sup>a</sup> Teresa Giner Barrachina, Ana Sosa Alonso, María Herreros Pérez

## CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años con diagnóstico reciente de HTA esencial hace 6 meses con mal control pese a tratamiento con 3 fármacos y múltiples consultas por crisis HTA y crisis de ansiedad en los últimos meses.

EF: TA: 201/105 mmHg. Fc: 117 lpm  
ACP normal. Pulsos presentes y simétricos



## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

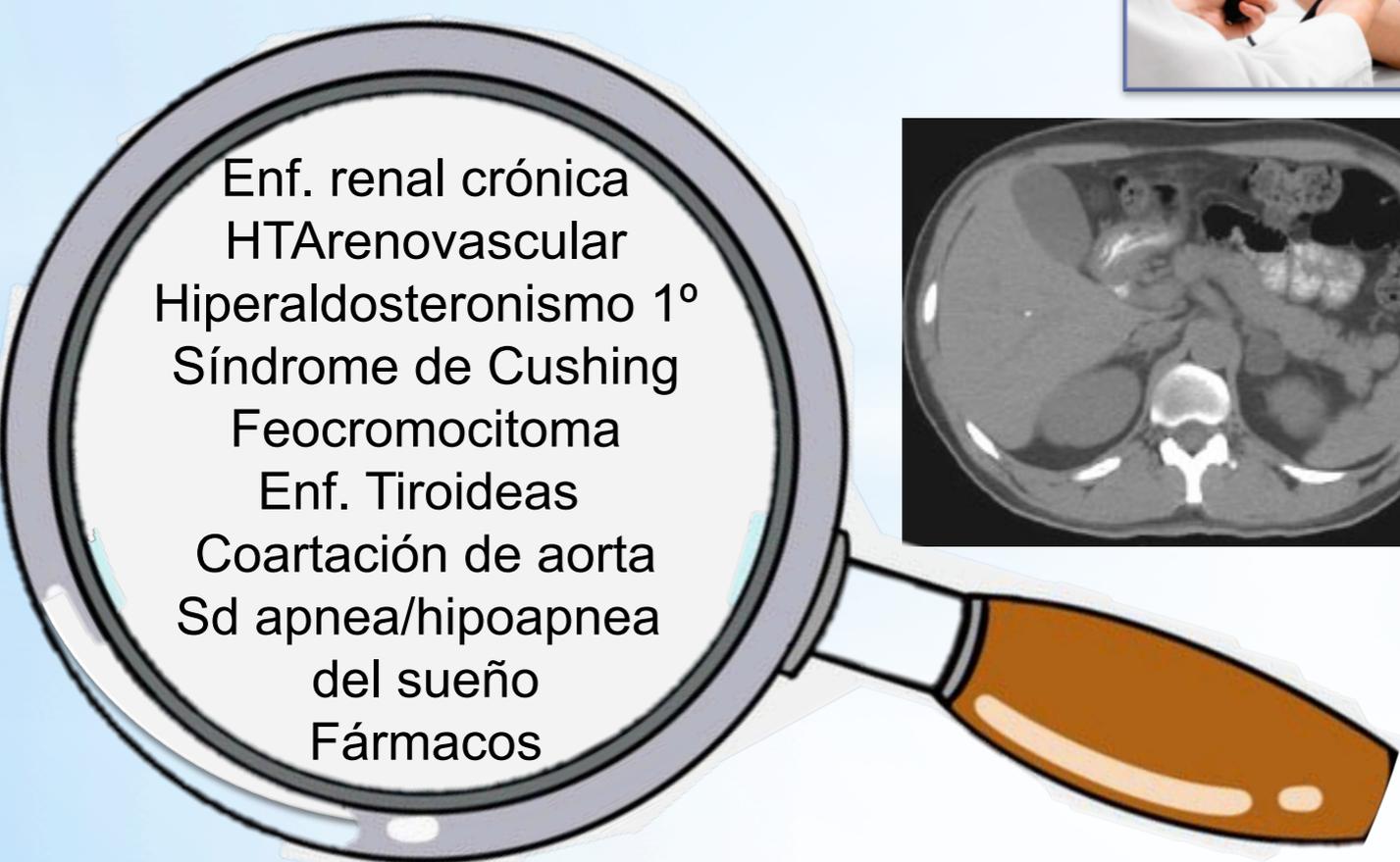
- Analítica, Rx tórax y ECG normal.
- Catecolaminas orina: Noradrenalina 1358 mcg/24h, Normetanefrina 1756 mcg/24h.
- TSH 0.75. ACTH 9:0 horas 9.5 pg/mL, Cortisol tras Dexametasona 1.5 mcg/dL.
- TAC: masa suprarrenal izquierda.

## FEOCROMOCITOMA

- TTO: Suprarrenalectomía izquierda

## SEGUIMIENTO

- Retirada antihipertensivos
- Normalización de tensiones arteriales
- Control de catecolaminas negativos



Enf. renal crónica  
HTArenovascular  
Hiperaldosteronismo 1<sup>o</sup>  
Síndrome de Cushing  
Feocromocitoma  
Enf. Tiroideas  
Coartación de aorta  
Sd apnea/hipoapnea  
del sueño  
Fármacos



## CONCLUSIONES

- ✓ En Atención Primaria, ante una hipertensión de difícil control, es importante realizar un diagnóstico diferencial entre las causas de hipertensión secundaria.
- ✓ Es recomendable sospechar un Feocromocitoma ante una hipertensión resistente, episodios paroxísticos de hipertensión, crisis de ansiedad, cefaleas o palpitaciones.
- ✓ Ante la sospecha, realizar catecolaminas en orina y prueba de imagen.