**P 7**

**SUBESTIMANDO LA PATOLOGÍA MÉDICA: ¿CRISIS DE ANGUSTIA O FEOCROMOCITOMA?**

Juan Carlos Barraza Pizarro1, Claudio Esteban Díaz Varela2, Nino Esteban Marín Navarro2
1Hospital San Camilo, San Felipe, 2Universidad de Valparaíso, Sede San Felipe

Se define crisis de angustia como la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, asociado a síntomas como palpitaciones, sudoración, y temblores, de inicio brusco con máxima expresión a los 10 minutos. Como diagnóstico diferencial se debe considerar patologías cardiovasculares y endocrinas, tal como: taquicardia supraventricular, valvulopatías, tirotoxicosis y feocromocitoma

**Caso Clínico**

Mujer 59 años, HTA de 10 años evolución, hipotiroidismo post quirúrgico, DM 2, Dislipidemia mixta. Histerectomía 2006 Tiroidectomía subtotal por bocio 2007 Colecistectomía 2008

Historia de 6 años de palpitaciones episódicas asociadas a cefalea con despertar nocturno, 1 a 2 veces al día. Múltiples consultas en APS y extrasistema. Se interpreta como crisis de pánico, manejada con Alprazolam
PA 151/92 FC 73

Holter de arritmia: ritmo sinusal regular 30-156 lpm escasos extrasístoles supraventriculares aislados
Hemograma, perfil tiroideo, y perfil bioquímico en rango normal

Pese a manejo óptimo de patologías crónicas y de crisis de pánico, persiste con paroxismos de cefalea, palpitaciones y sudoración. Se complementa estudio con Normetanefrinas y Metanefrinas en orina de 24 horas, con método de Cromatografía líquida de alta presión:

Metanefrinas 254 ug/24 hrs [VR 52-341]

Normetanefrinas 4824 ug/24 hrs [VR 88-444]

Con los biomarcadores positivos se solicitan (Imágenes disponibles):

TC abdomen y pelvis contrastada

En espesor del asta menor de la glándula suprarrenal izquierda se observa lesión nodular redondeada de márgenes bien definidos de 32x27x28 mm con densidad de tejido blando en fase sin contraste, marcado realce en la fase de contraste arterial y portovenosa, y lavado menor al 50% en la fase de eliminación a los 10 minutos

Estudio de tumores I131MIBG

A partir de las 24 hrs se observa captación focal anormal del radiotrazador en sitio de proyección de la glándula suprarrenal izquierda que se coincide con lesión nodular observada en TAC.

Estudios compatibles con feocromocitoma.

**Cirugía**Preparación preoperatoria: Tratamiento con Cardura (Doxizocina) y Atenolol

06/10/16 Suprarenalectomía laparoscópica izquierda

Anatomía patológica

Neoplasia de aspecto sólido, con partes de patrón trabecular de 4.5 cm. Caracteres morfológicos e inmunofenotípicos de Feocromocitoma, con bajo índice de proliferación. No se reconoce compromiso vascular ni necrosis.

Controles
18/11/2016 Disminución progresiva de antihipertensivos, sin crisis de catecolaminas. PA 118/72 FC 58
23/03/2017 Metanefrinas (u) 95.6 ug/24 hrs Normetanefrinas (u) 251 ug/24 hrs

**Conclusión**-Las crisis de pánico presentan sintomatología símil a una crisis de catecolaminas.

-En un control rutinario de la hipertensión arterial, cambios en su patrón deben iniciar sospecha de causas secundarias, tal como feocromocitoma.

-Este último aumenta la morbimortalidad cardiovascular, siendo una causa potencialmente curable.