

Cuál es su diagnostico

Niño de 15 años con dolor de cefaleas e hipertensión

(Si se desea y ya se ha leído la presentación en la edición anterior puede comenzarse la lectura a partir de la página 5 .**Resolución del caso**)

I.-Presentación anterior del caso

Motivo de consulta y antecedentes de la enfermedad actual

Un niño de 15 años presenta **dolor de cabeza** de dos días de evolución. Sus padres informan que el dolor comenzó cuando regreso de la escuela.

Le dieron ibuprofeno y una dieta liviana pero en la fecha deciden realizar la consulta ya que continúa con los síntomas al que se le agrega sudoración, vómitos, mareos y “problemas para ver “según le refiere el niño

Interrogatorio

En el interrogatorio sus padres manifiestan otros datos:

- a.- que tuvo **dolores similares los últimos meses.**
- b.- **Dificultades en la escuela** por bajo rendimiento también en el último tiempo.
- c.- Por momentos **dolor abdominal con heces blandas**
- d. Pero nunca tuvo fiebre ni lo ve adelgazado.

Antecedentes perinatólogicos:

Embarazo controlado y vacunado. Tomo vitaminas desde sus seis semanas de gestación

Parto vaginal normal sin complicaciones.

Lloró al nacer .Apgar 8/9.Peso; 3050grs.

Fue dado de alta a los dos días con las vacunas correspondientes.

A los 15 días realiza su primera consulta con su pediatra.

Antecedentes heredofamiliares:

Hermano uno de 9 años, sano.

Padre con migraña.

Madre tiroiditis de Hashimoto

Hermano sano/Operado...../Padece....

.Su abuelo materno murió de un derrame cerebral a los 35 años.

En la casa viven los cuatro sin hacinamiento.

Antecedentes personales:

El paciente no tiene antecedentes médicos o quirúrgicos

Vacunación completa

Alimentación: completa adecuada y variada. No naturista

Hábitos: Con sus padres afuera de la habitación, el niño niega alcoholismo, tabaco y drogas.

Medicamentos ibuprofeno cuando es necesario.

Examen oftalmológico: ocurrido hace unos meses sin hallazgos significativos.

Examen físico al ingreso

Mal aspecto general. Sudoroso y por momentos ansioso.

Cabeza normo cefálica sin evidencias de traumas

Peso 66 kg

Temperatura 36,8°.

Talla: 154 cm

Cuello: flexible, sin soplos, sin distensión venosa yugular. Tiene buen rango de movimiento. Sin tiromegalia ni adenopatías.

Aparato respiratorio.

Tórax con pecho plano y simétrico. FR: 20 respiraciones / minuto con buena entrada de aire bilateral. Saturación de oxígeno 97% en el aire ambiente. Claro a la auscultación bilateral. Sin sibilancias, roncus ni estertores. Sin congestión nasal.

Aparato cardiovascular: FC: 121 por minuto, ritmo regular, con un S1 y S2 claros. Presión arterial: 190/110. Pulsos distales presentes.

Aparato digestivo Su abdomen está ligeramente sensible, pero los ruidos intestinales son normales en los cuatro cuadrantes.

Boca con encías rosada, húmeda. Su dentición es normal, sin caries. Sin lesiones bucales ni aftas El paladar está intacto. Recto/Ano: Intacto, de color rosado. No hay evidencia de trauma o abuso.

Bazo no palpable.

Hígado no palpable.

Sistema linfático: Sin adenopatías.

Genitales: Varón no circuncidado con testículos descendidos bilateralmente. Está en la etapa 3 de Tanner para la pubertad

Neurológico: No se observa signos y síntomas significativos. Respuestas flexoras plantares bilateralmente.

Desarrollo normal:

Otoscopia: membranas timpánicas bilaterales sin lesiones ni eritemas de color nacarado.

Musculo esquelético:

Espalda: Sin dolor a la palpación del ángulo espinal, paraespinal o costovertebral. No hay evidencia de deformidad espinal.

Estado muscular sin debilidad en ambas extremidades. Las mueve con facilidad. Sus extremidades tienen un tono muscular adecuado

Articulaciones normales.

Piel: Piel trigueña. No se han reportado lesiones ni erupciones. Las uñas no tienen decoloración ni anomalías. Descamación en manos y pies. Su piel no tiene marcas de nacimiento ni cambios de pigmentación.

Examen ocular. No se detecta anomalías congénitas ni infecciones, Movimientos oculares normales. Pupilas de tamaño y forma normales. No se observa fotofobia. Su esclerótica es blanca.

Exámenes complementarios

Se solicita laboratorio

Hemograma, glucemia, urea. Creatinina, hepatograma, ionograma, calcemia, proteinograma, fosfatasa alcalina, screening tiroideo y Cortisol
NORMALES

METANEFRINA	4,03 mol/L	V.R menos de 0.5mmol/l
NORMETANEFRINA	3,78 nmol/L	V.R menos 0,9 nmol/L

Resumen de datos positivos:

- 1.- CEFALEAS.**
- 2.- HIPERTENSION**
- 3.-DETERIORO DEL TRABAJO ESCOLAR**
- 4.-DOLOR ABDOMINAL**
- 5.-DIARREA**

6.-METANEFRINA Y NORMETANEFRINA ALTA

7.-PADRE CON MIGRAÑA

Diagnósticos presuntivos:

Con los siguientes datos positivos recopilados en el interrogatorio, examen físico y laboratorio:

Cuál es el diagnóstico más probable	
1	FEOCROMOCITOMA
2	MENINGITIS
3	HIPERTIROIDISMO
4	ENFERMEDAD DE ADDISON
5	ALDOSTERONISMO PRIMARIO
6	ADENOMA ADRENOCORTICAL SECRETOR DE RENINA

II.-Resolución del caso

Al considerar las opciones se tiene:

A.- La meningitis puede ser una de ellas ya que esta enfermedad produce cefalea intensa. Ahora este paciente no presenta ni fiebre ni rigidez de nuca.

B.-El hipertiroidismo suele manifestarse con cefaleas, diarrea, falta de atención, trastornos del sueño, hipertensión y taquicardia pero los resultados de la función tiroidea son normales.

C.-La enfermedad de Addison en donde las glándulas suprarrenales no producen suficiente cantidad de cortisol y aldosterona suelen presentar hipertensión, hiperpigmentación de la piel, debilidad muscular y diarrea entre los síntomas más comunes. Se agrega además alteraciones electrolíticas como hiponatremia e hiperpotasemia con niveles de cortisol bajo situación que no ocurre en este niño.

D.-El aldosteronismo primario causado por una producción autónoma de aldosterona en la corteza suprarrenal (secundaria a la presencia de hiperplasia, un adenoma o un carcinoma). cursa con debilidad, hipotensión arterial cefaleas más hipopotasemia.

E.-Los adenomas suprarrenocorticales secretores de renina dan síntomas como hipertensión y cefalea marcadas o aceleradas pero también con potasio bajo.

A este paciente se le realizó una ecografía abdominal que evidencia una masa retroperitoneal en región paraaórtica izquierda, bajo los vasos renales, con vascularización Doppler intensa y contornos bien definidos.(Fig 1 A)

En la resonancia magnética (RMN) abdominal, observándose lesión nodular retroperitoneal en la región paraaórtica izquierda, con captación de gadolinio moderada. (Fig 1 B)

Se completa estudios con una una gammagrafía con 123-metaiodobenzilguanidina (I-123-MIBG), sin presentar captación, y RMN cerebral, que resulta normal.

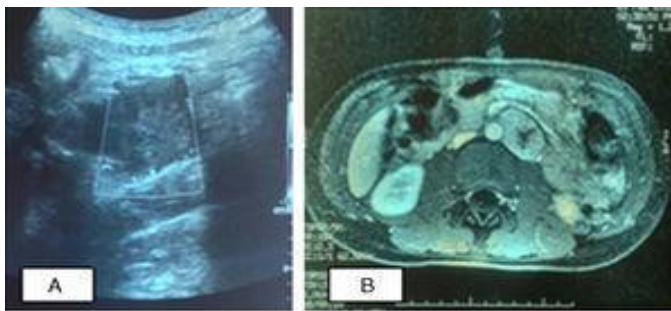


Figura 1:

A. Ecografía abdominal en donde se observa una masa retroperitoneal izquierda.

B.-RMN con lesión nodular retroperitoneal.

Por lo tanto este niño es portador de un

FEOCROMOCITOMA O PARAGANGLIOMA (PRG)

El tratamiento definitivo es la cirugía realizada por vía laparoscópica, aunque ésta depende del tamaño del tumor, extirpándose el tumor en forma completa.

Dos semanas antes del procedimiento quirúrgico se realizó:

a.- bloqueo alfaadrenérgico con fenoxibenzamina para reducir las fluctuaciones sanguíneas de las catecolaminas, reducir la hipertensión y aumentar el volumen sanguíneo. Se comenzó con dosis bajas y se fue aumentando en forma paulatina para evitar la hipotensión postural y

b.- bloque beta para reducir la taquicardia refleja.

Tuvo buena evolución preoperatoria.

c.- antes de la cirugía se administran líquidos intravenosos o carga de sal para aumentar el volumen vascular y reducir la hipotensión posoperatoria.

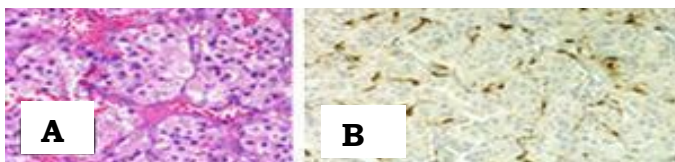
Se completó el tratamiento controlando la hipotensión posoperatoria.

El pronóstico en la mayoría de los casos es favorable con una tasa de supervivencia del 95 % a 5 años.

El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de paraganglioma simpático extrarrenal.

Macroscópicamente, la pieza está delimitada por una fina cápsula con área central estrellada de aspecto mixoide.

Microscópicamente, muestra nidos de células con citoplasma amplio, eosinófilo, finamente granular. (Fig 2 A).



La inmunohistoquímica muestra células sustentaculares positivas inmunohistoquímicamente para S-100. (Fig 2 B).

FUENTES:

1.- Inas H. Thomas, MD
Division of Endocrinology, Department of Pediatrics, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan



Disclosure: Inas H. Thomas, MD, has disclosed no relevant financial relationships.

Inas H. Thomas. Un niño de 14 años enrojecido, con hipertensión grave y dolor de cabeza - Medscape - 19 de junio de 2023.

2.- Brigham and womens` Hospital

Revisor médico: Raymond Kent Turley BSN MSN RN

Revisor médico: Ricardo Rafael Correa Márquez MD

Revisor médico: Sabrina Felson MD

Última revisión: 2/1/2023

Copyright © 2023 The StayWell Company, LLC. excepto donde se indique lo contrario.

En nuestra proxima edición se abordara Feocromocitoma.