



Clínica cotidiana

Hipertensión resistente al tratamiento: sospecha de feocromocitoma

María Teresa Martín Villegas

Consultorio Costa Tegui. Arrecife, Las Palmas.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Hipertensión

Feocromocitoma

Metanefrina

Keywords:

Hypertension

Pheochromocytoma

Metanephrine

R E S U M E N

El feocromocitoma es un tumor productor de catecolaminas del Sistema Nervioso Simpático y en el 80 % de los casos se localiza en la médula suprarrenal¹.

El diagnóstico y tratamiento es un reto³. Es un tumor infrecuente, representa del 0,1 % al 1 % de los casos de hipertensión arterial. Su incidencia es de 1-2 casos cada 100.000 casos por año¹. Es crucial sospechar la presencia de este tumor para su diagnóstico, ya que la hipertensión asociada puede curarse mediante la resección tumoral. La falta de diagnóstico conlleva un riesgo de muerte súbita¹. Además, dado que aproximadamente el 10 % de estos tumores son malignos y, en ocasiones, forman parte del síndrome de Neoplasia Endocrina Múltiple (MEN), es indispensable realizar un estudio familiar exhaustivo².

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Treatment-resistant hypertension: suspected pheochromocytoma

A B S T R A C T

Pheochromocytoma is a catecholamine-producing tumor of the sympathetic nervous system and is located in the adrenal medulla in 80 % of cases¹.

Diagnosis and treatment are challenging³. It is a rare tumor, accounting for 0.1 % to 1 % of cases of hypertension. Its incidence is 1-2 cases per 100,000 cases per year¹. Suspecting the presence of this tumor is crucial for diagnosis, as the associated hypertension can be cured by tumor resection. Failure to diagnose carries a risk of sudden death¹. Furthermore, since approximately 10 % of these tumors are malignant and sometimes form part of multiple endocrine neoplasia (MEN) syndrome, a thorough family history is essential².

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

Se presenta a consulta un varón de 52 años con antecedentes personales de adenoma hipofisario e hipotiroidismo. Padece hipertensión arterial desde hace más de un año, con escasa respuesta al tratamiento habitual. Refiere bajo estado de ánimo e insomnio, relacionados con una incapacidad laboral absoluta tras un accidente de trabajo.

Ante la falta de control tensional, se sustituye el antihipertensivo previo por amlodipino; sin embargo, el paciente continúa con cifras elevadas de presión arterial. Se añade mirzapina 30 mg como antidepresivo, con el objetivo adicional de mejorar el insomnio.

El paciente es supervisado dos o tres veces por semana y refiere cefalea pulsátil persistente, la cual atribuye a su adenoma hipofisario. Debido a la dificultad para controlar la hipertensión, se añade doxazosina (alfabloqueante). Posteriormente, el paciente continúa presentando cefalea y desarrolla taquicardia, que se trata con betabloqueantes. Además, manifiesta sudoración profusa. En este punto, se observa la tríada clásica del feocromocitoma: hipertensión, sudoración y palpitations acompañadas de cefalea.

Con el tiempo aparecen síntomas adicionales de ansiedad, depresión, temblores, disnea y ataques de pánico, por lo que se deriva al servicio de Medicina Interna con sospecha de Feocromocitoma. Se solicita una recogida de orina de 24 horas, en la que se detectan niveles elevados de normetanefrina y noradrenalina. En la analítica sanguínea, la parathormona también se encuentra aumentada.

El paciente es derivado al servicio de Endocrinología, donde se ajusta el tratamiento: se pauta doxazosina 8 mg cada 8 horas y bisoprolol 2,5 mg cada 12 horas, suspendiéndose el amlodipino. Además, se añade clorazepato dipotásico para controlar los síntomas de ansiedad.

Es importante señalar que, en el tratamiento de la hipertensión secundaria a feocromocitoma, debe realizarse primero el bloqueo alfa y posteriormente añadir betabloqueantes en caso de taquicardia. Con este esquema terapéutico, el paciente logra un adecuado control de la tensión arterial.

Se solicita una tomografía axial computarizada de cuello, tórax, abdomen y pelvis con la sospecha de MEN tipo 2B, que no muestra lesiones sospechosas de paragangliomas. Finalmente a través de resonancia nuclear magnética se identifica un adenoma suprarrenal izquierdo.

Comentario

Ante un paciente con hipertensión resistente al tratamiento, que tiene asociados síntomas como cefalea, taquicardia, sudoración y ansiedad se debe considerar esta patología, puesto que el diagnóstico es difícil de determinar si no se sospecha del mismo pudiendo provocar muerte súbita.

Se puede sospechar cuando las metanefrinas en orina de 24 horas están elevadas.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oleaga A, Goñi F. Feocromocitoma: actualización diagnóstica y terapéutica. *Endocrinol Nutr.* 2008;55(5):202-16. [https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(08\)70669-7](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(08)70669-7)
2. Pacak K. New Biology of Pheochromocytoma and Paraganglioma. *Endocr Pract.* 2022;28(12):1253-69. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2022.09.003>
3. Serratosa A, Sánchez F, Garfía A. Muerte inesperada súbita en el Servicio de Urgencias, de paciente tratada por neurosis de ansiedad, portadora de un feocromocitoma descubierto durante la autopsia. *Cuad Med Forense.* 2002;(29):45-56.