



## Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

### 199/176 - MUJER DE 38 AÑOS DE EDAD CON DOLOR EN HIPOCONDARIO IZQUIERDO

G. Pérez Puertas<sup>a</sup>, R. Villar Sánchez<sup>b</sup>, D. Villar Cruz<sup>c</sup> y M. Parejo Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS Castellar. Ciudad Real. Santiago. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. CS de Móstoles. Madrid. <sup>c</sup>CS Virgen de Gavellar. Úbeda. Jaén.  
<sup>d</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Motril. Granada.

#### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 38 años de edad, fumadora de 5 cig/día y con AP: gastritis por *Helicobacter pylori*, rinitis alérgica y cefaleas ocasionales. Tratamiento actual: ACO, bilastina 10 mg, omeprazol 20 mg. AF: Padre diabético, EPOC, madre: HTA. Acude a consulta por dolor abdominal intenso en flanco izquierdo no irradiado, acompañado de náuseas, no vómitos, no fiebre y un episodio de diarrea sin productos patológicos. No síntomas miccionales. Exploración anodina. TA 145/85. Posible GEA. Tratamiento dieta blanda, buscapina/8h. A los 5 días la paciente acude de nuevo por un nuevo episodio de dolor abdominal en flanco izquierdo acompañado en esta ocasión de diaforesis, nerviosismo y palidez cutánea. Se deriva a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** REG, palidez mucocutánea, febrícula (37,7 °C), sudorosa. TA 149/89. ACP: taquicardia, no soplos, MVC sin ruidos patológicos. Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación difusa en hemiabdomen izquierdo, PPRI(+). Resto de la exploración normal. Bioquímica: hiponatremia moderada. Hemograma: leucocitosis con desviación a la izquierda. PCR: 16,5. Rx tórax-abdomen: normales. Eco-abdominal: se evidencia una tumoración en glándula suprarrenal izquierda. TAC abdominal: se objetiva una masa de 7,5 cm de diámetro dependiente de glándula suprarrenal izquierda que plantea realizar diagnóstico diferencial entre feocromocitoma o carcinoma suprarrenal.

**Juicio clínico:** Feocromocitoma.

**Diagnóstico diferencial:** Carcinoma suprarrenal. Aldosteronoma.

**Comentario final:** En este caso el diagnóstico de feocromocitoma no se sospechó por presentar HTA, que es la clínica más frecuente de presentación. El cuadro debutó con dolor abdominal acompañado de diaforesis y nerviosismo, por lo que se realizó una ecografía abdominal que evidenció una tumoración en glándula suprarrenal izquierda. Tras este resultado se realizó un TAC abdominal que describió una tumoración con una masa de 7,5 cm dependiente de glándula izquierda suprarrenal. El pronóstico es bueno, excepto en los casos de enfermedad maligna como resultó ser en nuestra paciente, en los que la tasa de supervivencia a los 5 años es menor del 50%. La cirugía del feocromocitoma no siempre conduce a la curación de los pacientes incluso con tumores benignos. Así pues, el seguimiento clínico y bioquímico de los pacientes debe ser indefinido. Es importante sospechar, confirmar, localizar y resecar el feocromocitoma por varias causas: 1º. Hipertensión arterial asociada, curable con la resección del tumor. 2º Riesgo de muerte súbita. 3º Presentar malignidad en un 10% de los casos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Manna NN, Kenady DE. Hypertension in patients with pheochromocytoma. *Curr Hypertens* 1999;1:540-5.
2. Dluhy R, Lawrence J, Willians RH. Hipertensión de origen endocrino. En: Willians RH. Tratado de Endocrinología Clínica, 10<sup>th</sup> ed. Elsevier, 2000.
3. Medicine. 2012;11:918-22.