



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2171 - DOCTORA, CREO QUE TENGO GASTROENTERITIS

R. Escuder Egea^a, L. Flores Olmos^a y B. Muñoz Díaz^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba. ^bMedicina de Familia. Centro de Salud Villaviciosa de Córdoba. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 23 años que acude a Urgencias del centro de salud por cuadro de vómitos y diarrea de 4 horas de evolución sin fiebre. En consulta se administra metoclopramida, suero fisiológico y paracetamol pero la paciente no mejora por lo que se decide derivar a Hospital para valoración hidroelectrolítica.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, taquicárdica, tensión arterial de 100/60 mmHg, afebril, saturando a 97% de forma basal. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de forma generalizada. Auscultación: tonos taquicárdicos con murmullo vesicular conservado. Pruebas complementarias en Hospital. Gasometría venosa: pH 7,15, pCO₂ 44, Na 144, K 3,1, HCO₃ 15,3. Gasometría arterial: pH 7,22, pCO₂ 44, pO₂ 50, Na 137, K 4,8, HCO₃ 16,9. Ácido láctico 14,4. ECG: ritmo sinusal a 180 lpm, eje normal, sin alteraciones de repolarización. Analítica: leucocitos 24.000, neutrófilos 84%, TP.Act 44%, PCR 5, procalcitonina 0,19. Evolución: la paciente pasa a la sala de críticos por empeoramiento del estado general, comenzando con taquipnea, sudoración, hipotensión (60/40 mmHg), persisten vómitos, presenta dolor abdominal con defensa generalizada, saturando al 89% y en las auscultación presenta crepitantes bibasales. Se realiza TAC abdominal urgente en el que se visualiza masa retro-peritoneal de 12 cm con neovascularización que engloba a riñón y suprarrenal izquierdo, en los cortes de tórax imagen en vidrio deslustrado en LID y lesiones líticas en cuerpos vertebrales D11-D12. Se ingresa a cargo de Cuidados Intensivos donde se certifica el exitus a las 12 horas de su ingreso por un shock cardiogénico.

Juicio clínico: Feocromocitoma que invade pelvis renal con metástasis óseas y pulmonares.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis, linfomas, sarcomas, neoplasia renal absceso retroperitoneal.

Comentario final: Los feocromocitomas se presentan en ambos sexos con incidencia similar, pueden detectarse a cualquier edad (incidencia máxima entre la tercera y la quinta década) y en menos del 10% de los casos es maligno. Rara vez son bastante grandes para poder palpase o causar síntomas por compresión u obstrucción. El tumor se considera benigno si no invadió la cápsula.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

2. Lenders JWM, Eisenhofer G. Management of Pheochromocytoma and Paraganglioma. *Endocrinol Metab* (Seoul). 2017;32(2):152-61

Palabras clave: Feocromocitoma. Vómitos.