

349/94 - CUANDO EL FEOCROMOCITOMA SE NOS HACE INDIGESTO

L. Muñoz Olmo¹; R. García Escalante²; A. Kramer Ramos³; E. Sánchez Fernández⁴; M. Turégano Yedro⁵.

¹Médico Residente. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz.; ²Grado de enfermería. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.;

³Médico Residente. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur La Viña. Murcia.; ⁵Médico Residente. Centro de San Jorge. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Acude a urgencias extrahospitalarias varón de 44 años por dolor en hemiabdomen derecho, agudo tipo cólico y náuseas que relaciona a cena copiosa (mejillones y ensaladilla). No RAMc. HTA estudiado cardiológicamente a raíz de episodios de crisis hipertensivas y palpitaciones, con estudios dentro de la normalidad y mejoría al comenzar tratamiento con propanolol.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, sudoroso, nauseoso e intenso dolor abdominal (EVN 10/10), con defensa voluntaria generalizada, sobre todo en hipocondrio y flanco derechos. Blumberg y Rovsing dudosos. Peristaltismo poco audible. Puñopercusión renal bilateral dolorosa. Auscultación cardiopulmonar: destaca hipofonesis base pulmonar derecha. Taquicárdico, rítmico sin soplos. Miembros inferiores sin hallazgos. TA 190/110 mmHg, glucemia 297 mg/dl, SatO2 96%. Electrocardiograma: taquicardia sinusal. Se administra analgesia con metamizol y tramadol, y antiemético endovenoso, sin mejoría. Durante la atención, el paciente presenta empeoramiento del estado general. Sudoración profusa, mala perfusión periférica, desaturación e hipotensión. Cierta mejoría tras reposición hídrica. Derivación hospitalaria para control evolutivo y complementarias. Analítica: Creatinina 2 mg/dl, urea 51 mg/dl. Amilasa 150 U/L. Troponina I pico 7.70 ng/ml, CPK 372 U/L. Leucocitosis con neutrofilia. PCR 2.1 mg/dl, procalcitonina 4.59 ng/ml. Ecografía abdominal (Imagen1): líquido libre perirrenal y subhepática. Lesión sólida suprarrenal derecha. TAC toraco-abdominal: condensación extensa en parénquima pulmonar derecho. Lesión de gran tamaño suprarrenal derecha. Hematoma retroperitoneal.

Juicio clínico: Neumonía derecha y sepsis. Hemorragia suprarrenal derecha y feocromocitoma no conocido subyacente.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal, cólico nefrítico, perforación de víscera hueca, pancreatitis, diverticulitis.

Comentario final: La importancia del dolor abdominal radica en diferenciar la tipología del dolor, conocer su semiología y la importancia de la exploración y anamnesis, para poder así establecer un correcto diagnóstico de presunción y determinar qué paciente precisa de pruebas complementarias o manejo hospitalario urgente. Nuestro caso muestra una situación poco frecuente en la que los antecedentes han sido fundamentales en la sospecha clínica.

Bibliografía

Casamayor M, Montoro M.A. Dolor abdominal agudo. En Montoro M.A, García, J.C . Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Madrid: Jarpyo Editores; 2012. pp 91-124.