



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4639 - IMPORTANCIA DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA

C. Jiménez Guerrero^a, V. Palacio Gimeno^b e I. Segarra Sánchez-Cutillas^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Básica de San Luis. Illes Balears.

^bMédico de Familia. Unidad Básica de San Luis. Illes Balears. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Básica Es Castell. Illes Balears.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 51 años. Sin alergias conocidas. Antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión, temblor esencial, palpitaciones, astenia, mialgias y pérdida de peso en últimos 6 meses. Madre fallecida de cáncer de tiroides. Tratamiento con: metformina 1.000 mg 1/12h, verapamilo 120 mg 1/24h, tibolona 2,5 mg/24h cetirizina 10 mg 1/24h. Consulta por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho con náuseas y vómitos de dos días de evolución. Niega fiebre. sufrió episodio similar hace tres meses que mejoró con omeprazol y dieta.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho. No ictericia, no fiebre. Murphy negativo. Sin signos de irritación peritoneal. Se solicita analítica (AS) con perfil hepático y ECO abdominal.

Orientación diagnóstica: Cólico biliar ya que la paciente no presenta signos de complicación como fiebre y presenta mejoría con analgesia y dieta para cólico biliar.

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar y colecistitis aguda o colangitis.

Comentario final: Acude a control refiriendo mejoría significativa, encontrándose asintomática. AS destaca: leucocitos: 16.000, bilirrubina total: 0,54 GOT: 14 GPT: 12, PCR: 0,72. Eco abdominal destaca: vesícula biliar de paredes finas, con numerosas litiasis en su interior de hasta 14 mm, Sin signos inflamatorios asociados. Vía biliar de calibre normal. En situación superior al riñón derecho se identifica una lesión nodular heterogénea bien delimitada de aproximadamente 65 × 44 mm. Resto normal. Se decide derivar a la paciente a Cirugía para valorar colecistectomía y estudio de incidentaloma. Posteriormente fue diagnosticada de feocromocitoma y tras la cirugía de resección se le retiró el tratamiento de base. La dificultad en el diagnóstico de feocromocitoma es su cuadro clínico variable, siendo el signo predominante la hipertensión que se puede acompañar de la triada: palpitaciones, cefaleas e hiperhidrosis. Aunque no tiene una gran prevalencia 2-8 de cada millón de personas al año y 0,1% de los HTA tiene un feocromocitoma siendo su diagnóstico precoz importante, ya que las crisis catecolamínicas pueden causar insuficiencia cardíaca, edema pulmonar, arritmias y hemorragia intracraneal que se podrían evitar con la extirpación del mismo.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Young WF Jr. Clinical presentation and diagnosis of pheochromocytoma, https://www.uptodate-com.proxy1.athensams.net/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-pheochromocytoma?search = feocromocitoma&source = search_result&selectedTitle = 1~150&usage_type = default&display_rank = 1

Palabras clave: HTA. DM. Incidentaloma.