



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 349/94 - CUANDO EL FEOCROMOCITOMA SE NOS HACE INDIGESTO

L. Muñoz Olmo<sup>1</sup>; R. Garcia Escalante<sup>2</sup>; A. Kramer Ramos<sup>3</sup>; E. Sánchez Fernández<sup>4</sup>; M. Turégano Yedro<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz.; <sup>2</sup>Grado de enfermería. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.; <sup>3</sup>Médico Residente. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia.; <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur La Viña. Murcia.; <sup>5</sup>Médico 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 propranolol.

**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 hipofonosis base pulmonar derecha. Taquicárdico, rítmico sin soplos. Miembros inferiores sin hallazgos. TA 190/110 mmHg, glucemia 297 mg/dl, SatO<sub>2</sub> 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.