

## CASOS CLÍNICOS

### Caso clínico 1

Varón de 52 años, sin antecedentes de interés, asintomático. Dentro de un programa de detección precoz de cáncer colorrectal se le realiza un Test de Sangre Oculta en Heces que resulta positivo. Se le realiza una colonoscopia en la que se encuentran 8 lesiones polipoides en colon derecho, 7 de ellas mayores de 5mm, y tres de ellas mayores de 10mm. Todas ellas se resecan endoscópicamente sin incidencias. El estudio anatomopatológico informa de pólipos serrados, existiendo en uno de ellos displasia de alto grado, y en otro un adenocarcinoma bien diferenciado que infiltra la submucosa (Sm 2), con invasión perineural y linfovascular, ausencia de budding y márgenes de resección libres.

Consideraciones al caso, diagnóstico más probable, actitud terapéutica, seguimiento recomendado.

### Caso clínico 2

Paciente de 60 años sin antecedentes quirúrgicos controlado en Medicina Interna desde hace años por una colostasis disociada. En la analítica programada encontramos GGT 452, Fosfatasa Alcalina 154, bilirrubina directa 0,6 y bilirrubina total 1,5. En el TAC abdominal se observa en segmento IV una imagen sólido-quística de 27 mm de paredes parcialmente calcificadas. Marcada dilatación vía biliar intrahepática izquierda y del segmento VIII. La lesión contacta con la arteria hepática derecha. Trombosis portal izquierda. No se aprecia la vesícula.

En la Resonancia Magnética: Dilatación vía biliar izquierda con nódulo hilar que aparentemente comprime conducto biliar intrahepático izquierdo. Atrofia lóbulo hepático izquierdo. Se percibe 2 pequeños defectos de repleción milimétricos en colédoco distal sospechosos de litiasis.

Se realiza CPRE que encuentra estenosis del conducto hepático izquierdo proximal al confluente de 1 cm de longitud de aspecto sospechoso. La citología por cepillado fue negativa.

Se realiza colangioscopia que encuentra una trifurcación con un conducto superior derecho sin lesiones, un conducto inferior derecho y un conducto inferior izquierdo congestivos. En la colangiografía se rellena un conducto y se encuentra un gran defecto de repleción sugestivo de gran litiasis que afecta a los otros 2. Todas las biopsias son negativas. Se coloca prótesis para drenaje

Diagnóstico diferencial, diagnóstico más probable y manejo correspondiente

### Caso clínico 3

Un hombre de 47 años sin antecedentes médicos acude a su médico de familia quejándose de dolores de cabeza episódicos, sudoración, palpitaciones y temblores. Los síntomas comenzaron hace unos años, se han vuelto más frecuentes y pueden durar entre unos pocos segundos y una hora. Los episodios suelen ocurrir cuando el paciente se siente estresado o hace ejercicio. Está frustrado porque nada de lo que hace cambia la gravedad de sus síntomas. No tiene antecedentes de enfermedades graves, hospitalizaciones o traumas. No toma ningún medicamento. Tiene antecedentes familiares de hipertensión. No consume productos de tabaco, cocaína, metanfetaminas ni ninguna otra droga ilícita. No ha tenido fiebre, escalofríos, dolor de pecho, dificultad para respirar, náuseas, vómitos o diarrea.

En el examen físico, los signos vitales mostraron una presión arterial elevada de 168/96 mm Hg, taquicardia de 116 latidos por minuto, una frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto y una temperatura de 36,6 ° C. La exploración física revela un varón diaforético sin anomalías cardiopulmonares distintas de la taquicardia mencionada anteriormente.

**PREGUNTA 1: ¿QUÉ DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES PUEDEN HACERSE BASADO EN LA HISTORIA Y EL EXAMEN FÍSICO? (ENNUMERAR):**

Se realizaron una serie de pruebas de laboratorio y de imagen: El hemograma, el panel metabólico completo, el dímero D y las troponinas en serie se encontraban dentro de los rangos de normalidad. Un electrocardiograma indicó taquicardia sinusal y desviación del eje izquierdo compatible con hipertrofia ventricular izquierda. Una prueba de orina de 24 horas fraccionada de metanefrina y catecolamina mostró elevaciones significativas. Las metanefrinas urinarias fueron 1300 µg / 24 horas (rango normal: 45-290 µg / 24 horas).

Se realizó una radiografía de tórax que demostró una leve hipertrofia ventricular izquierda. La ecografía cardíaca demostró hipertrofia ventricular. No se presentaron otras anomalías. Una tomografía axial computarizada abdominal (TAC) mostró una masa de la glándula suprarrenal izquierda de 3 cm de diámetro. La glándula suprarrenal derecha no presentaba complicaciones.

**PREGUNTA 2: ¿SEGÚN LOS HALLAZGOS DE LABORATORIO ANTERIORES, QUÉ ENTIDADES ENTRAN EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?; ¿SEGÚN LA IMAGEN, QUÉ ENTIDADES HAY QUE CONSIDERAR EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UNA MASA SUPRARRENAL?**

**PREGUNTA 3: ¿QUÉ ES UN FEOCROMOCITOMA Y EN QUÉ SE DIFERENCIA DE UN PARAGANGLIOMA?**

**PREGUNTA 4: ¿CUALES SON LAS COMPLICACIONES DE LA HISTORIA NATURAL DE UN FEOCROMOCITOMA? (ENNUMERAR)**

**PREGUNTA 5: ¿QUÉ SÍNDROMES HEREDITARIOS CONOCE QUE SE ASOCIAN CON EL FEOCROMOCITOMA Y LOS PARAGANGLIOMAS? (ENNUMERAR)**

#### **Caso 4**

Paciente mujer de 15 años, de origen colombiano, que acude al servicio de urgencias por presentar cuadro de 12 horas de evolución de dolor abdominal descrito como continuo con exacerbaciones cólicas referido a mesogastrio que se acompaña de náuseas y un vómito, así como sensación febril no termometrada. No refiere clínica urinaria

No antecedentes de interés. FUR 20 de septiembre

La exploración revela una paciente con BEG y 37.3 ° C de temperatura. La auscultación pulmonar es normal. El abdomen es plano, blando y depresible con dolor a la presión en FID sin defensa y descompresión dolorosa.

Se realiza analítica sanguínea que presenta 13000 leucocitos con 80 segmentados y el resto normal.

La ecografía abdominal pedida es informada por radiología como normal salvo la presencia de moderada cantidad de líquido libre en pelvis.

Se pide proceso diagnóstico, diagnóstico diferencial y aproximación al tratamiento.

