

Feocromocitoma. Presentación de un caso.

Pheochromocytoma. Case Report.

CARLOS A. MARCOS*

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 35 años de edad, portadora de un tumor adrenal izquierdo diagnosticado durante un estudio ecográfico. Las características morfológicas y los parámetros clínicos y de laboratorio sugirieron la existencia de un feocromocitoma. La paciente fue intervenida quirúrgicamente y la cirugía confirmó dicho diagnóstico.

Palabras clave: ecografía, tumor adrenal, feocromocitoma.

SUMMARY

A 35 year-old female with an left adrenal tumor is presented. The patient had been underwent to ecographic study that revealed the existence of a left suprarenal tumor that resembled a pheochromocytoma with clinical and serologic parameters that suggested that type of pathology. The patient was operated and surgery confirmed the diagnosis.

Key words: ultrasound, adrenal tumor, pheochromocytoma.

Introducción

El feocromocitoma fue descrito por Frankell en 1886 en las suprarrenales de un niño que murió de shock. Neusser asoció por primera vez este tumor con la hipertensión arterial (HTA), y en 1892 Labbé y otros lo relacionaron con la HTA paroxística. El nombre de feocromocitoma se le debe a Pick en 1909.⁽¹⁾

El feocromocitoma es un tumor del sistema nervioso simpático que se desarrolla a partir de las células cromafines y producen catecolaminas (noradrenalina y adrenalina) de manera excesiva. Es un tumor que tiene una frecuencia de 1 a 2 por cada 100000 habitantes por año sin diferencias entre sexos y su pico de máxima incidencia es entre la tercera y cuarta década de la vida. Es responsable del 0,1 al 1% de las hipertensiones arteriales.⁽¹⁾ Aproximadamente el 90% de los casos se localizan en la médula suprarrenal y el 10% restante es de ubicación extrasuprarrenal, mayoritariamente intraabdominales, en particular en el órgano de Zuckerkandl. En el 80-90% de los casos es unilateral, con predominio en el lado derecho,⁽²⁾ sin conocerse la causa.

El 10% de los casos es maligno, siendo la presencia de metástasis el único criterio de malignidad, dado que no hay características histopatológicas que la de-

finan.⁽³⁾ Los extrasuprarrenales tiene una frecuencia de malignidad más alta, cercana al 40%.⁽³⁾

El 10% de los casos está asociado a otras enfermedades tales como Neoplasia Endocrina Múltiple (MEN IIa y MEN IIb), enfermedad de Von Hippel-Lidau y Neurofibromatosis.⁽³⁾ Por estas características suele designarse como el tumor del 10%. Por lo tanto en el 90 % de los casos se trata de un tumor esporádico, benigno, unilateral y de ubicación adrenal.

Desde el punto de vista anatomopatológico son tumores bien encapsulados que mide de 30 a 60 mm de diámetro y pesan alrededor de 100 gr. pero se han descrito tumores de gran tamaño que son palpables por vía abdominal.⁽¹⁾

Los pacientes con feocromocitoma presentan una serie de síntomas que van desde una hipertensión lábil moderada, hasta la muerte súbita por crisis hipertensiva, infarto de miocardio o accidente vascular cerebral.

Los síntomas clásicos son episodios paroxísticos de: cefalea intensa, hipertensión arterial, taquicardia y sudoración profusa.⁽³⁾

En el 50% de los casos la hipertensión es sostenida, mientras que es intermitente en el resto. Por regla general, existe pérdida de peso, pero la obesidad no excluye el feocromocitoma. Son frecuentes los síntomas y signos de aumento del metabolismo como aumento de la sudoración. La hipotensión ortostática es una consecuencia de la reducción de volumen plasmático debido al exceso de estimulación adrenérgica.

* Centro de Ecografías. Comodoro Rivadavia, Chubut.
e-mail: carlos.marcos2@speedy.com.ar

La ecografía es un buen método para detectar el tumor porque suelen tener un buen tamaño, ser redondeados, hipoeoicos y homogéneos, excepto en casos de hemorragia o necrosis intratumoral.

Destacar la importancia que continúa teniendo el interrogatorio, acotado pero bien orientado, en la práctica ecográfica, nos motivó a presentar el caso siguiente.

Presentación del caso

Paciente de 35 años que consulta para realizar una ecografía abdominal por dolor en fosa ilíaca derecha (FID).

En el estudio se observa: por detrás de la cola del páncreas y por delante y por dentro del riñón izquierdo, a nivel de su polo superior, se encuentra una imagen redondeada, hipoeoica, bien delimitada, de bordes lisos y regulares que mide 33 mm de diámetro. En el corte axial se ubica entre el bazo y el riñón.

Es de estructura heterogénea pues presenta un centro ecogénico de baja intensidad y una banda periférica delgada anecoica. (Figuras 1 - 2 y 3)

Presumiendo que se trata de un tumor adrenal y considerando que el feocromocitoma es relativamente frecuente y tiene una sintomatología muy particular, se le pregunta a la paciente si no presenta crisis hipertensivas y/o cefaleas.

La paciente responde que desde hace dos años presenta crisis de intensa cefalea invalidante de aparición brusca y sin pródromos, acompañada de temblores en ambos miembros superiores. Los episodios fueron aumentando en intensidad y frecuencia.

Luego de cada crisis consultaba en la guardia de algún Servicio de Salud y le hacían diagnóstico de migraña, crisis hipertérmica, crisis nerviosa, etc.

En una oportunidad le registraron la tensión arterial elevada.

Le solicitaron múltiples análisis y Tomografías Computadas (TC) cerebrales sin encontrar anomalías.

Ahondando el interrogatorio se averigua que hace 2 años, en el curso de un embarazo, comenzó con hipertensión arterial a los 6 meses de gestación y que se le realizó una cesárea a los 8 meses por desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPNI).

Con estos elementos se sospecha que puede tratarse de un feocromocitoma.

Teniendo en cuenta las asociaciones frecuentes del feocromocitoma: enfermedad de Von Hippel-Lindau (angiomatosis familiar cerebello-retiniana) y Neoplasia Endócrina Múltiple (MEN) IIa (50%) y IIb (90%) se le solicita un fondo de ojo para evaluar si presenta hemangiomas retinianos y para determinar el eventual grado de afección arteriolar provocado por la hipertensión arterial.

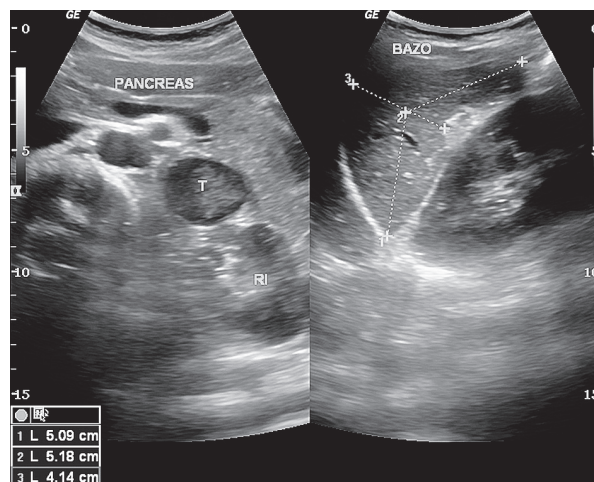


Figura 1 A la izquierda: corte transversal, imagen redondeada ubicada detrás de la cola del páncreas y por arriba y delante del riñón izquierdo. A la derecha: corte coronal, bazo y riñón izquierdo.

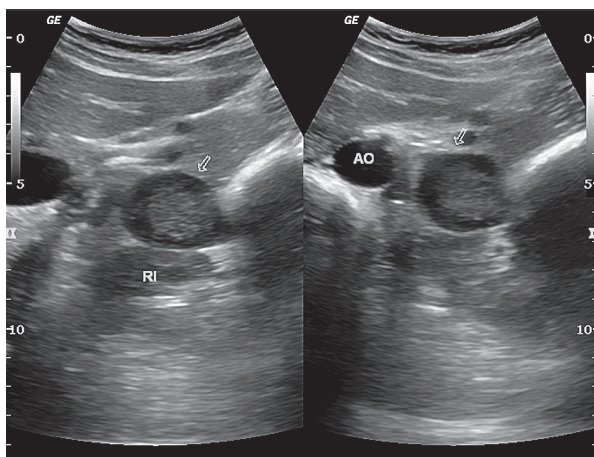


Figura 2 Corte transversal más cefálico. La imagen está en contacto con el polo superior del riñón izquierdo.

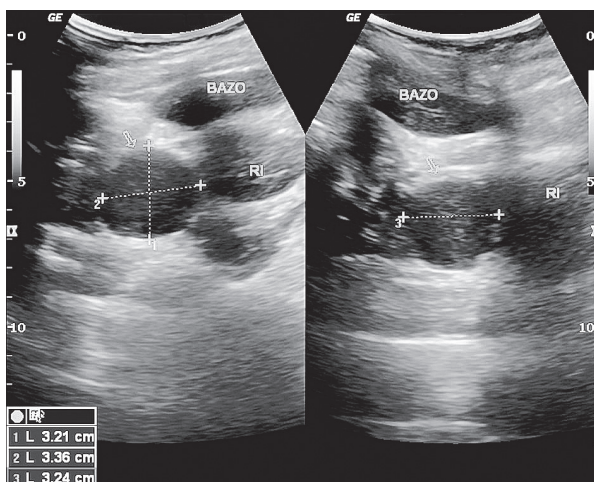


Figura 3 Corte axial. Imagen ubicada por dentro del borde interno del riñón izquierdo y por detrás del bazo.

Se la cita para observar las TC cerebrales ya realizadas y se le indica una ecografía de tiroides, dado que tanto MEN IIa como el IIb incluyen carcinoma medular de tiroides, hiperplasia de paratiroides y feocromocitoma.

El fondo de ojo no revela alteraciones al igual que la TC cerebral.

Se realiza ecografía de la tiroides sin encontrar alteraciones patológicas ni hiperplasia de paratiroides.

A continuación se reexamina el tumor suprarrenal y en el curso de este examen se produjo una crisis paroxística de intensa cefalea y amplios temblores en miembros superiores.

En esta oportunidad se registra una TA de 200/120 mm Hg y gran sudoración.

El episodio cede en pocos minutos. Estas circunstancias están relatadas en la literatura como resultado del examen clínico: la palpación del tumor provoca la liberación de catecolaminas que desencadenan el episodio.

Obviamente en este caso la presión ejercida a través del transductor fue el desencadenante de la crisis.

Los análisis más específicos revelan que la metanefrina y normetanefrina urinaria están sumamente elevadas, lo cual refuerza el diagnóstico presuntivo de feocromocitoma.

Se la deriva a un centro de mayor complejidad en Buenos Aires donde le realizan estudios que confir-

man que se trata de un tumor esporádico, benigno, unilateral y de ubicación adrenal.

Se la interviene quirúrgicamente con éxito y la anatomía patológica confirma el diagnóstico de feocromocitoma.

Desde hace más de un año la paciente no ha presentado síntomas.

Conclusión

Se relata un caso de feocromocitoma señalando las características de su presentación y su sintomatología clínica.

Se enfatiza en la importancia del interrogatorio en la práctica ecográfica para orientar el diagnóstico y colaborar con el médico tratante.

Referencias

1. Cabrera Gámez M, Turcios Tristán S, Fuentes M et al. Feocromocitoma. Presentación de un caso clínico. *Rev. Cubana Endocrinol* 2008; 19 (2) versión on-line.
2. Gallego Domínguez S, Caro Mancilla A, González Núñez A. Eritema nodoso como presentación de feocromocitoma. *An. Med. Interna* 2005; 22 (8): 383-6.
3. Rumack C, Wilson S, Charboneau J. *Diagnóstico por ecografía*. 3ª ed. Madrid. Elsevier 2006; 433-4.