



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-135 - RECIDIVA MUY TARDÍA DE FEOCROMOCITOMA Y SU MANEJO TERAPÉUTICO

Terol Garaulet, Emilio; Candel Arenas, Marifé; Martínez Sanz, Nuria; Luján Martínez, Delia; López Morales, Pedro; Valero Soriano, María; Jiménez Moreno, Isabel María; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Objetivos: Presentar el caso de una paciente, que tras ser intervenida quirúrgicamente de un feocromocitoma, presentó una recidiva muy tardía y su manejo y las diferentes alternativas terapéuticas.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 80 años con los antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, SAOS grave y obesidad, que había sido intervenida en el año 1995 por un feocromocitoma en la glándula suprarrenal derecha de $3,5 \times 3$ cm. Tras un periodo de 23 años la paciente presentó un cuadro clínico compatible con una crisis adrenérgica típica (cefalea, palpitaciones y sudoración). Se le diagnosticó de recidiva de feocromocitoma mediante la realización de metanefrinas plasmáticas elevadas y técnicas de imagen (TC) y funcionales (gammagrafía con MIBG) que evidenciaban dos nódulos hipercaptantes en el lecho quirúrgico, de 1,8 y 3 cm respectivamente. La paciente fue intervenida sin incidencias, resecándole los dos nódulos, previa preparación farmacológica con bloqueo alfa no selectivo, que posteriormente precisó bloqueo beta. El estudio anatomopatológico fue informado de feocromocitoma de crecimiento difuso con áreas altamente celulares con invasión capsular, vasculolinfática y de tejido adiposo periadrenal y presencia de áreas con marcado pleomorfismo e hipercromasia nuclear, Ki-67: 5%, 3 mitosis/10 CGA y una inmunohistoquímica típica (positivas para S-100, cromogranina, sinaptofisina y DC56). Se realizó el estudio genético, que fue negativo. Un año más tarde la paciente presentó una nueva crisis adrenérgica, por lo que se realizó un nuevo estudio bioquímico que de nuevo evidenció elevación de metanefrinas en plasma. Se repitieron las pruebas de imagen y funcionales, que en este caso evidenciaron un nódulo de $3 \times 2,4$ cm con una intensa hipercaptación del trazador a nivel interaortocava compatible con recidiva. En este caso, aunque se le propuso de nuevo tratamiento quirúrgico a la paciente, esta lo rechazó, por lo que se trató con dos dosis de I131-MIBG, y posteriormente con Radioterapia externa ante la persistencia de crisis adrenérgicas y tratarse de una recidiva funcionante.



Discusión: El feocromocitoma es un tumor infrecuente derivado de las células cromafines del sistema nervioso simpático, productor de catecolaminas la mayoría de los casos, que se localiza en la médula suprarrenal. Su diagnóstico se basa, en primer lugar, en una fuerte sospecha clínica ante sintomatología compatible y se confirma mediante la determinación de metanefrinas plasmáticas y/o urinarias. La localización se establece mediante pruebas de imagen (TC) y funcionales (gammagrafía o PET). Su tratamiento y el de sus recidivas es quirúrgico, realizando en la mayoría de los casos un abordaje laparoscópico, precisando en algunas ocasiones preparación prequirúrgica con bloqueo de los receptores alfa adrenérgicos, si bien su necesidad está cada día más discutida. No se conocen con exactitud todos los factores que determinan la posibilidad de recidiva y/o metástasis. Existen diferentes alternativas terapéuticas en caso de contraindicarse la cirugía. Dada la posibilidad de recidiva después de muchos años y que conocer el potencial maligno de estos tumores es aún un dilema en muchos casos, el seguimiento del feocromocitoma debe ser a largo plazo, en muchos casos de por vida.