

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
"DR. AGOSTINHO NETO"  
GUANTANAMO

**FEOCROMOCITOMA.  
INFORME DE UN CASO**

*Dra. Josefa Jiménez Hernández<sup>1</sup>, Dra. Mercedes Dimont Bess<sup>2</sup>, Dra. Lourist Palomares Pickering<sup>3</sup>, Dra. Rosa Nelly Vázquez Vilanova<sup>4</sup>, Dra. Katia Ramírez Sánchez.<sup>4</sup>*

**RESUMEN**

Paciente de 58 años con antecedentes de ingreso por trastorno de la conciencia, dolor en ojo izquierdo con desviación de la comisura labial hacia el lado izquierdo, con una estadía de 20 días, fue dado de alta (8-4-05) con el diagnóstico de metástasis cerebral por tumor primario de localización no precisada. Reingresa a los 2 días de egresado con el diagnóstico de metástasis cerebral de proceso oncoproliferativo no precisado. Con evolución tórpida, inconsciente y hemiplejía derecha de 4 horas de estadía. Se le realizó en el departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo un estudio histológico, confirmando Feocromocitoma maligno responsable del cuadro neurológico. Sin manifestaciones de hipertensión arterial, por lo que no había repercusión cardiovascular y, según las revisiones bibliográficas, son considerados raros los casos, además de que el diagnóstico generalmente se realiza postmortem.

*Palabras clave:* FEOCROMOCITOMA/diagnóstico; FEOCROMOCITOMA/patología.

**INTRODUCCION**

Los feocromocitomas son neoplasias poco frecuentes formadas por células cromafines que sintetizan y liberan catecolamina.<sup>1,3,5,6</sup> Se desarrollan en la médula suprarrenal, del órgano de Zúckerkandl o de los nervios y plexos simpáticos, es una de las principales causas de hipertensión arterial curable,

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Instructor.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

<sup>3</sup> Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Instructor.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructor.

aunque su frecuencia es baja, solo el 0.5 al 1% de los pacientes, su búsqueda en estos enfermos es obligada cuando exhiben algunos de los elementos clínicos de sospecha.<sup>2</sup>

Los feocromocitomas se consideran raros, cuyo diagnóstico generalmente se realiza post mortem.<sup>4,5</sup> El 85 % se localiza en la suprarrenal. Frecuentemente son curados después de resecados. Las alteraciones hemodinámicas pueden ser fatales al ser extirpado esos tumores debido a las alteraciones hemodinámicas que pueden ocurrir en el transoperatorio.<sup>6</sup>

La frecuencia de la enfermedad es en la 3ra, 4ta, y 5ta década de la vida más predominantemente en el sexo femenino.<sup>7</sup> Se han observado feocromocitomas sin repercusión evidente sobre el aparato cardiovascular.<sup>8</sup> Otra diferencia significativa es que la malignidad franca es más frecuente en los tumores extrasuprarrenales (20-40 %) que en los feocromocitomas suprarrenales (10%).<sup>1</sup> El diagnóstico de malignidad depende exclusivamente de la presencia de metástasis.<sup>1,9</sup>

## **PRESENTACION DEL CASO**

Antecedentes personales: No refiere

Antecedentes patológicos familiares: No refiere.

### **Examen físico:**

Mucosas: hipocoloreadas y húmedas.

A. Respiratorio: Murmullo vesicular normal. No estertores.

FR: 20/min

A.C.V: Ruidos cardiacos rítmicos y bien golpeados.

T.A: 120/80 mm Hg.

FC: 80/min

Abdomen: Negativo. No visceromegalia.

S.N.C: Desorientado en espacio no en tiempo, ni persona. Desviación de comisura labial hacia el lado izquierdo.

### **Estudios de laboratorio:**

Hb: 145g/l P 064

Hto: 40 mmol/l L 034  
P.T.G:1ra 8.1/mmol/l  
2da 19.7/mmol/l  
Acido úrico 176mmol/l  
Úrea 4.1mmol/l  
Creatinina 125mmol/l  
Glicemia 7.1mmol/l  
Orina negativa

Temográfica axial computarizada:

T.A.C: Los C, T, P se observa imagen hiperdensa de 48 UH, con zona hipodensa, en su interior que pudiera corresponder con necrosis, mide aproximadamente 51.2 x 43.2mm. Se extiende desde la fosa temporal hasta el nivel ventricular alto, acompañándose de E.A Existe captación del contraste.

ID: Metástasis cerebral.

Ultrasonido:

Hígado ecogénicamente normal, vesícula normal.

R.I: Normal.

R.D: Normal.

Próstata: Aumentada de tamaño, textura homogénea con volumen 60min.

E.C.G: Normal.

Reingresó (10-4-05)

S.N.C: Inconciente con hemiplejia derecha, evolucionando tórpidamente y fallece con 4 horas de estadías.

En el estudio postmortem, las conclusiones anatomopatológicas resultaron: feocromocitoma maligno anaplásico de médula suprarrenal izquierda.

## **DISCUSION DEL CASO**

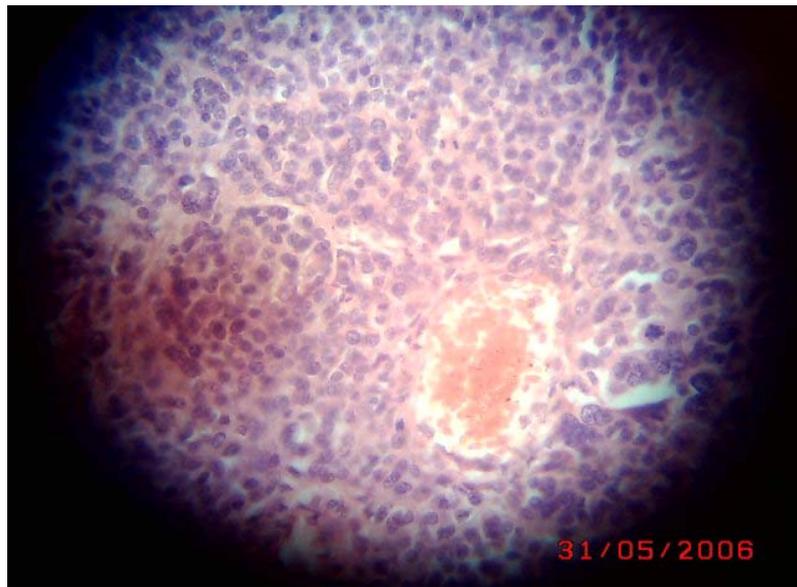
El Feocromocitoma es una neoplasia infrecuente, rara, maligna, metastásica.<sup>9</sup> Es causa de hipertensión secundaria<sup>10</sup>, además de miocarditis aguda secundaria.<sup>11</sup>

Este caso que informamos, no tuvo manifestaciones clínicas de hipertensión arterial, taquicardia, ni otra sintomatología de repercusión cardiovascular.<sup>8</sup> Por este motivo los Internistas no pensaron en la posibilidad diagnóstica de un feocromocitoma maligno, como bien revisamos, este caso tuvo un comportamiento maligno que es exclusivo de metástasis cerebral y es método relevante identificado de topografía del tumor primario por no haberse realizado abdominal, pues este caso que informamos es de interés y de experiencia en la práctica médica por lo que se corrobora la existencia de casos que se diagnostican post mortem y también por la infrecuencia y rareza de aparición.

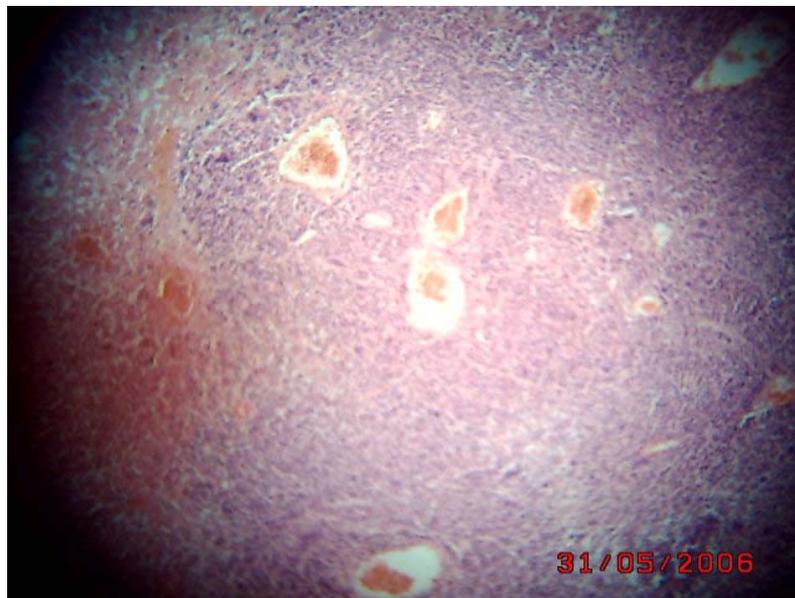
## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Robbins Patología Estructura y funcional. 6ªed. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2000.p.1209-1210.
- 2- Hung Llanos S, Rodríguez Martínez K, Valdes Lorenzo N. Recio Pondo, Héctor. Feocromocitoma. Acta Med (La Habana 1997); 7 (1): 95-104.
- 3- López Ortega M, Aguila Soto P C, González Pérez E. Anestesia en el feocromocitoma: presentación de un paciente. Rev Cubana Anesthesiol Reanim. 2004;3(2).
- 4- Cibele Figuera C, Suplicy V, Cruz J, Batista da M, Corleto Andrade N, Jodo Pedro de M, et al. Laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma versus other surgical indications.. Braz J Vit Res Animaci. 2004; 4: (2):113-117
- 5- Gestar Valga Haddad H, Olivares MC, López V, Salam G, Pontes C, Gazanego A, et al. Phaeochromocytoma crisis presenting with profound hypoglycaemia and subsequent hypertension. Anq Bras Cardiol. 2005; 84(3):267-269
- 6- Soares Netto, Josi Jorge, Abrahdo, Renata, Tavares, Martinelis. An aged bull with concurrent thyroid C cell carcinoma, adrenal pheochromocytoma and pituitary chromophobe adenoma. Rev bras cancerol. 2002;48(4):551-554
- 7- Copo J, José A, Saomo López AM, Soliva Dominguez R, Recio Pando H. Feocromocitoma y anestesia: Revisión del tema a propósito de un caso. Rev Cubana Cir. 2003, 42(2):198-1103
- 8- Villafaga Castillo O. Feocromocitoma. Reporte de un caso. Arch Med Camaguey. 2005; 9(3).
- 9- Pattorino F, Boulous PM. The diagnosis of malignancy in pheochromocytoma. Clin Endocrinol. 1996 : 44-239.

- 10-Leonardo Floyncio S, Mauricio Cruz T, Pimienta E, Silva Milton JC, Pelerson Fabiano B, Raphael Lanza E, et al. Comparison of pheochromocytomas and abdominal and pelvic paragangliomas with head and neck paragangliomas.. Rev bras hipertens.2005; 12(1):61-65
- 11-Magalhdes LC, Darze ES, Ximenes AS, Bastos AJ, Giumordes A. Tl(I) and Tl(III) activate both mitochondrial and extrinsic pathways of apoptosis in rat pheochromocytoma (PC12) cells. Anq Bras Cardio. 2004;83(4):343-348
- 12-Pereira Maria AA, Sanza BF, Freire DS, Marmo LA. Pheochromocytoma: diagnosis and results of the surgical treatment. Anq Bras Endocrinol Metab. 2004; 48(5):751-775.



*Figura 1. Feocromocitoma maligno.*



*Figura 1. Feocromocitoma maligno.*