

Diagnóstico a primera vista

S. Prieto González y M. Cardona Ribera

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Caso clínico

Mujer de 59 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes personales de interés, ingresada para estudio de cuadro de 3 semanas de evolución de náuseas, vómitos, palpitaciones y sensación de intranquilidad. En la exploración física destacaban picos hipertensivos (presión arterial [PA] de 220/80 mmHg) alternados con hipotensión acusada (60/40 mmHg), taquicardia (125 lpm) (fig. 1), afectación del estado general, diaforesis, episodios autolimitados de disminución del nivel de conciencia y una masa en la exploración abdominal en vacío e hipocondrio derechos. Para el estudio diagnóstico se realizaron resonancia magnética (RM) abdominal (fig. 2) y determinación hormonal.

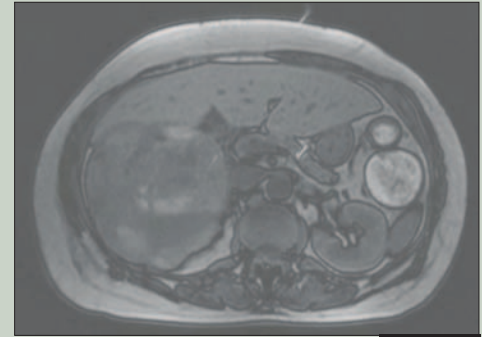


Figura 2.



Figura 1.

Con los datos clínicos y las imágenes radiológicas, ¿por qué diagnóstico clínico se inclina?

- Hipernefroma.
- Síndrome de Cushing.
- Feocromocitoma.
- Metástasis de adenocarcinoma de origen desconocido.

Comentario

Con la sospecha de feocromocitoma se realizó RM toracoabdominal, y se observó una masa suprarrenal derecha de 11 × 11 × 13 cm, heterogénea con áreas hemorrágicas. Además se determinaron catecolaminas en plasma y catecolaminas y metanefrinas en orina que confirmaron el diagnóstico (catecolaminas en orina 24 h, 1.608 µg/día; metanefrinas en orina 24 h, 86,1 mg/día; noradrenalina plasma, 12.786 pg/ml; adrenalina plasma, 5.359 pg/ml). Al ingreso se inició tratamiento con bloqueadores alfa (fenoxibenzamina a dosis fijas, con fentolamina a demanda), y se obtuvo la estabilidad hemodinámica al cabo de 36 h de la instauración del tratamiento. Con posterioridad, se realizó extirpación quirúrgica del feocromocitoma.

El feocromocitoma es un tumor endocrino productor de catecolaminas derivado del tejido cromafín. Su incidencia es de 1-2 casos/100.000 habitantes-año, más frecuentemente entre los 30-50 años y con un ligero predominio en mujeres. La localización más frecuente es la glándula suprarrenal, de forma unilateral en un 80% de los casos, con predilección por el lado derecho. Un 10% son bilaterales, y el 10% restante son de localización extraadrenal. Menos del 10% de los casos son malignos. Hay casos de feocromocitoma familiar con herencia autosómica dominante, que se asocian a otras neoplasias constituyendo el síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2.

El primer requisito para el diagnóstico de feocromocitoma es la sospecha ante datos clínicos sugestivos, como son episodios de cefalea, taquicardia y diaforesis, hipertensión arterial con paroxismos u oscilaciones, hipotensión ortostática, crisis de hipertensión o arritmias en el contexto de cirugía o traumatismos, o diabetes lábil o de difícil control, sobre todo si se asocia a hipertensión arterial.

Para la evaluación de la producción de catecolaminas, suelen realizarse la determinación de metanefrinas totales en orina (sensibilidad del 88% y especificidad del 89%) y de catecolaminas plasmáticas (sensibilidad del 95% y especificidad del 75%). Para la localización del feocromocitoma se utilizan técnicas de imagen, como la tomografía computarizada, la RM o la gammagrafía con meta-yodo-benzil-MIBG.

En lo que se refiere al tratamiento, éste va dirigido al control de la hipertensión y del resto de los efectos adversos de la estimulación adrenérgica excesiva previo a la cirugía (tratamiento de elección en la práctica totalidad de los casos). El fármaco más usado es la fenoxibenzamina, que bloquea de forma no competitiva los receptores alfaadrenérgicos, permite una expansión del volumen intravascular y disminuye la frecuencia y la gravedad de las crisis durante la intervención. La dosis inicial es de 10 mg/12 h, con incrementos progresivos en 20 mg/día cada 3-4 días hasta obtener la dosis óptima. También pueden utilizarse otros antagonistas selectivos de los receptores alfa-1, entre los que destaca el prazosín a dosis de 1 mg/6 h y la doxazosina a dosis de 4 mg/día. También pueden utilizarse, normalmente en asociación con los anteriores, los antagonistas del calcio, como el nifedipino 30-90 mg/día, diltiazem 200-600 mg/día o verapamilo 180-540 mg/día. Para el control de las crisis hipertensivas, el fármaco de elección es el nitroprusiato sódico a dosis de 0,5-10 µg/kg/min. Como alternativa está la fentolamina en bolos de 5 mg, o bien en perfusión. En el caso de aparición de arritmias, los fármacos utilizados suelen ser el esmolol en perfusión a dosis de 50-200 µg/kg/min, o bien la lidocaína a dosis de 50-100 mg.]

Diagnóstico:

Emergencia hipertensiva
en el contexto de feocromocitoma