

## FEOCROMOCITOMA

Por el Dr. RODOLFO MARIO SOCOLOVSKY

Los actuales conocimientos de la enfermedad hipertensiva y el cuidadoso estudio de los enfermos hipertensos, ha permitido demostrar la existencia de lesiones pasibles de ser tratadas quirúrgicamente y curar la hipertensión. Entre ellas, el feocromocitoma es ahora investigado y diagnosticado más frecuentemente. Fue Frankel en 1886 el primero en asociar a este tumor con la hipertensión y, Blalok en 1947, reúne 152 casos publicados. En 1950 Enguel y Von Eulen comprobaron químicamente la secreción de adrenalina y noradrenalina en pacientes con esta afección. En 1960 Hurne relata 700 casos publicados en la literatura mundial, en nuestro país existen diversos trabajos presentados, mencionaremos a Mathis en 1952, Castello en 1959 y Scattini, que reúne 9 casos en su tesis de doctorado de 1972 y a quien agradecemos la gentileza de habérnosla facilitado.

A pesar de lo expuesto esta entidad continúa siendo infrecuente y necesaria de descartar en todo paciente hipertenso. La estadística de incidencia entre los hipertensos varía de 0,3 a 0,6 %, siendo sobre la población en general del 0,1 % en un estudio realizado sobre 15.984 autopsias, que se llevó a cabo en la Mayo Clinic.

El caso que vamos a considerar es el del señor A. D., de 38 años, que concurre a la consulta del Servicio de Urología del Hospital de Luján, por presentar dolor lumbar derecho, cefaleas occipitales y palpitaciones, esta sintomatología fue de comienzo brusco sin estar asociada con otros síntomas urinarios.

Sus antecedentes personales no son de importancia y refiere que su presión arterial, que ha controlado en su trabajo hace seis meses, era de 120 - 80.

### EXAMEN FÍSICO:

Paciente con piel pálida, sudorosa, mucosas coloreadas, presión arterial 180 - 120, que oscila de 200, 130 a 160 - 90 en varias mediciones sucesivas. Pulso 100 por minuto regular e igual. Tórax: s/p. Corazón: s/p. Abdomen: plano, blando, depresible, indoloro, hígado y bazo no se palpan. Riñón derecho: se palpa polo inferior de caracteres normales en inspiración profunda levemente doloroso. Riñón izquierdo: no se palpa. Genitales externos y próstata: s/p.

Se solicita urograma excretor, análisis de rutina de sangre y orina, dosaje de catecolamina y ácido vainillín mandélico.

*Urograma excretor:* Se observa al riñón derecho en su polo superior con una imagen tumoral de 10 cms. de diámetro. El riñón izquierdo, la vía excretora y vejiga s/p.

*Hemograma:* Hb 14,4 g. Hto 44 %. Gr. 5.000.000. Gb 12.100. N 56. L30. M12. Urea 14 mm. por ciento. Glucemia 64 mm. por ciento. Eritro 8/16.

*Orina:* ácida 1.013. Mucus X. Oxalato de calcio X. Gb 8 x C Gr 4 x c. *Catecolaminas* (método de Crout): 70 gammas en 24 hs. (N hasta 51 G/24 qs).

*Vainillín mandélico:* 7,5 mg .en 24 hs. (N hasta 6,8 mg. en 24 hs.).

Con estos datos y para completar el estudio se solicitó centellograma y radiorenograma, y arteriografía renal.

*Radiorenograma* (efectuado en I 131).

*R. D.:* La curva obtenida muestra alteraciones de tipo parenquimatoso, la función renal instantánea es buena.

*R. I.:* Normal.

*Centellograma* (efectuado con Hg 203).

*Riñón derecho:* Se observa fijación disminuida de Iradiofármaco en todo el parenquima, el polo superior no se visualiza como si existiera amputación a ese nivel.

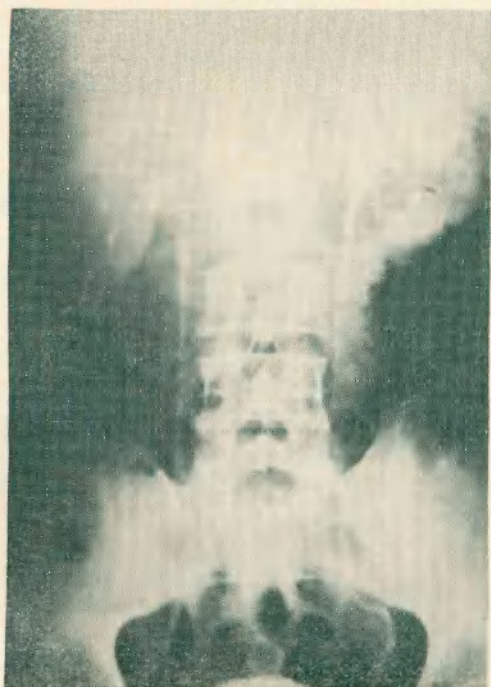
*Riñón izquierdo:* Mide aproximadamente 12 x 6 cms. y fija el nucléido en forma homogénea.

#### CONCLUSIÓN:

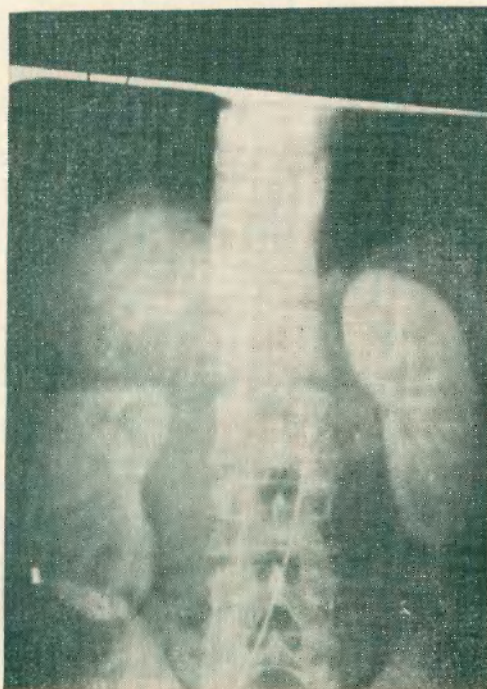
Patología marcada del polo superior del riñón derecho, con abolición de la actividad por ausencia funcional de nefronas.

*Arteriografía renal:* Es efectuada en el Instituto Haedo y su informe dice así: La arteriografía renal muestra el lado izquierdo normal. En el lado derecho hay dos arterias renales y una masa ubicada en la región suprarenal, que está irrigada por una rama que sale de la aorta y otra que nace en la renal. Esta tumoración presenta vascularización patológica y todas las características radiológicas del feocromocitoma.

Durante los quince días en que el paciente realizó estos estudios, su P. A. osciló de 160/90 a 200/130 en repetidos controles realizados. Decidida la intervención quirúrgica se efectúa electrocardiograma, radiografía de tórax y fondo de ojo que están normales. La prueba de la retina fue negativa. Cinco días antes de la operación se le indican Aldomet e Indiral, es decir, un antiadrenérgico y un bloqueador B adrenérgico a fin de disminuir posibilidades de arritmias intraoperatorias.



Urográfico excretor



Arteriografía: Faz nefrográfica

Intervención quirúrgica: 8 de agosto de 1972.

Cirujano: Dr. Socolovsky. Ayudantes: Dres. Russo y Calviño. Anestesiista: Dr. De la Plaza. Monitoreo operatorio Dr. Alceo Barrios.

Posición: Decúbito dorsal con almohadilla en zona lumbar. Presión arterial al comienzo 180 - 110.

Incisión: Toracolaparotomía transdiafragmática derecha. con resección de la décima costilla, se efectúa maniobra de V. Kocher, descubriendo ampliamente la vena cava inferior hasta su borde interno. El tumor suprarrenal se halla en parte sobre la cara anterior de dicha vena, se comienza su liberación en forma muy cuidadosa, seccionando y ligando todas las adherencias y vasos que lo unen a la vena cava desde el pedículo renal hacia arriba. Durante esta maniobra la P. A. asciende a 200 - 130, cediendo espontáneamente al ligar la vena suprarrenal derecha.

Al finalizar esta maniobra el tumor queda fijado por el pedículo diafragmático en su polo superior, se libera entonces por su plano natural de clivaje y dejando expuesto así la pieza. A continuación se reseca la grasa perirenal que cubre el polo superior del riñón y la glándula suprarrenal restante, se



Tumor suprarrenal y glándula suprarrenal restante



Tumor suprarrenal y glándula suprarrenal restante



vainillin mandélico, tampoco fueron típicos de esta afección, sin embargo debemos hacer notar de que se efectuó una sola determinación, posiblemente de haber hecho dosajes reiterados hormonales, se hubiera podido encontrar el aumento de los catabolitos adrenérgicos. Se pensó que la hipertensión en nuestro caso podía ser producida por la compresión tumoral sobre el hilio renal, pero el radiorenograma y la arteriografía lo descartan, por otra parte en ese hipotético caso la hipertensión hubiera sido permanente y no oscilante como nuestro paciente. Asimismo hemos considerado extensamente todas las posibilidades diagnósticas al enumerar los tumores suprarenales arriba mencionados y hemos llegado a la conclusión de haber tratado a un paciente portador de un feocromocitoma basado en los siguientes datos: hipertensión arterial de comienzo brusco oscilante, asociado con un tumor suprarenal que curó con la intervención quirúrgica y en los cuales la imagen radiológica y el examen anatomo-patológico diagnosticaron feocromocitoma.

*Resumen:* Se presenta un caso de un paciente portador de feocromocitoma suprarenal, se discute su forma clínica y se hacen diagnósticos diferenciales con otros tumores suprarenales.

#### DISCUSION

*Dr. Rivarola.* — Quisiera hacer un comentario sobre un caso tratado en el Hospital Italiano hace cuatro años por un feocromocitoma, a cuyo diagnóstico llegamos merced al estudio radiológico que consistió en un urograma por perfusión, no siendo menester llegar a la arteriografía.

Para hacer un más correcto diagnóstico deben hacerse tomas radiográficas en oblicua para delimitar bien la imagen. Por otra parte, la arteriografía es una prueba concluyente.

*Dr. Sáenz.* — Felicito al doctor Socolovsky por el estudio realizado en los dos casos que nos ha presentado como asimismo por la terapéutica instituida.

Y me viene a la memoria una pregunta que hizo el señor Presidente hace unas cuantas reuniones cuando presentamos un estudio sobre la Residencia en Urología. Justamente, el doctor Socolovsky desarrolla su actividad a 60 kms. de la Capital Federal, lo que constituye una magnífica respuesta a la posibilidad de realizar ese tipo de tratamiento.

*Dr. Pagiere.* — No solamente es una demostración del beneficio que la Residencia brinda a los jóvenes egresados, sino una prueba evidente de que los residentes, a su vez, aprovechan las enseñanzas de sus maestros.

#### B I B L I O G R A F I A

- Astwood:* Endocrinología clínica. Pág. 489. Ed. Toray.
- Mathis:* Feocromocitoma. Revista de medicina y ciencias afines, set-dic. 1953, n° 173-176. Pág. 159.
- The surgical management of pheochromocytoma. S.G.O. Vol. 116, 1963. Pág. 613.
- Castello y Mathis R.:* Feocromocitoma, su estudio clínico-quirúrgico. Rev. Arg. de Urología. Vol. XXVII, 1958, n° 1 al 3.
- Fontaine, Babin, Warter, Kuhn:* L'hipertension arterielle des kistes de la surrenale. Journal de Urologie et Nefrologie 1969. Vol. 75, n° 1-2.
- Scattini:* Feocromocitoma. Tesis de doctorado 1972. Facultad de Ciencias Médicas de la ciudad de Buenos Aires.