

METÁSTASIS CERVICAL DE FEOCROMOCITOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Juan Cruz Dobarro, Pablo Jalón, Pablo Ajler, Pedro Coll, Claudio Yampolsky

Servicio de Neurocirugía, Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina

ABSTRACT

Objective: To describe and analyze a new case of a metastatic pheochromocytoma.

Description: A 36 years old male with a history of right suprarenalectomy and nephrectomy secondary to a pheochromocytoma. After 3 years he presented a progressive neck pain. MRI showed a C3 lesion with spinal cord compression.

Intervention: We performed a C3-C4 corpectomy. The reconstruction was made with acrylic cement and an anterior plate between C2 and C5. The postoperative outcome was uneventful. Treatment was completed with radiotherapy.

Conclusion: In this case anterior cervical surgery and radiotherapy was an appropriate treatment for metastatic cervical pheochromocytoma.

Key words: pheochromocytoma metastasis, corpectomy, cervical metastases.

Palabras clave: corpectomía, feocromocitoma metastásico, metástasis cervical.

INTRODUCCIÓN

El feocromocitoma es un tumor derivado de las células cromafines relativamente raro con una incidencia de 2/1.000.000/año. Se ha estimado que sólo el 10% de los casos son malignos pudiendo aumentar la incidencia cuando el tumor primario es extraadrenal. Las localizaciones más frecuentes de las metástasis son el hueso, hígado, pulmón y cerebro, siendo raro el compromiso de la columna vertebral. El objetivo de este trabajo es describir las características y el tratamiento de una lesión sumamente infrecuente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 36 años de edad y sexo masculino, con antecedentes de suprarrenalectomía y nefrectomía derecha por vía transabdominal, con una anatomía patológica que informó: feocromocitoma suprarrenal con invasión renal, evolucionó libre de enfermedad durante tres años. Comenzó con un cuadro de cervicalgia refractaria al tratamiento médico de un año de evolución, sin déficit neurológico. Se realizó un centellograma óseo corporal total que evidenció hipercaptación a

nivel de C3 y C4, Rx que mostró una lesión osteolítica de C3 e imágenes con resonancia magnética (IRM) donde se observó una lesión expansiva con compromiso del cuerpo C3 y C4 con invasión del canal medular (Figs. 1 y 2). Tomogra-

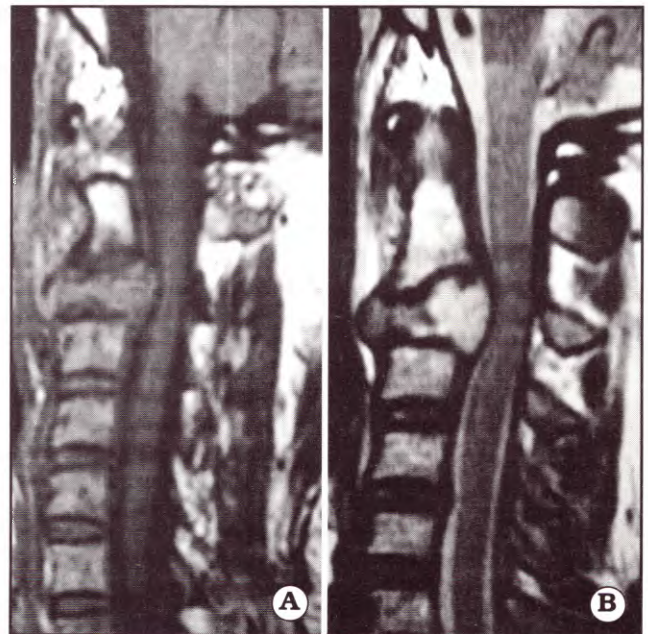


Fig. 1. IRM sagital, ponderada en T1 sin contraste (A) y T2 (B) donde se observa una lesión expansiva que compromete el cuerpo de C3 con invasión al canal espinal.

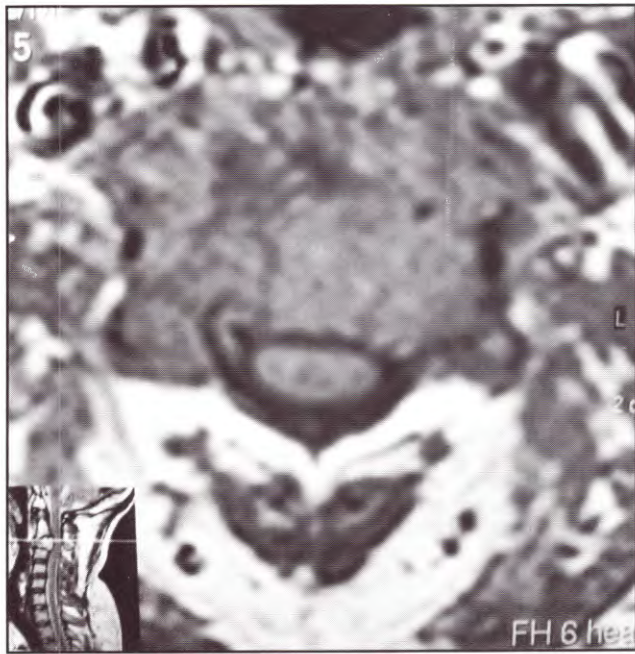


Fig. 2. IRM ponderada en T1. Se aprecia el compromiso del cuerpo vertebral y la proyección al canal medular.

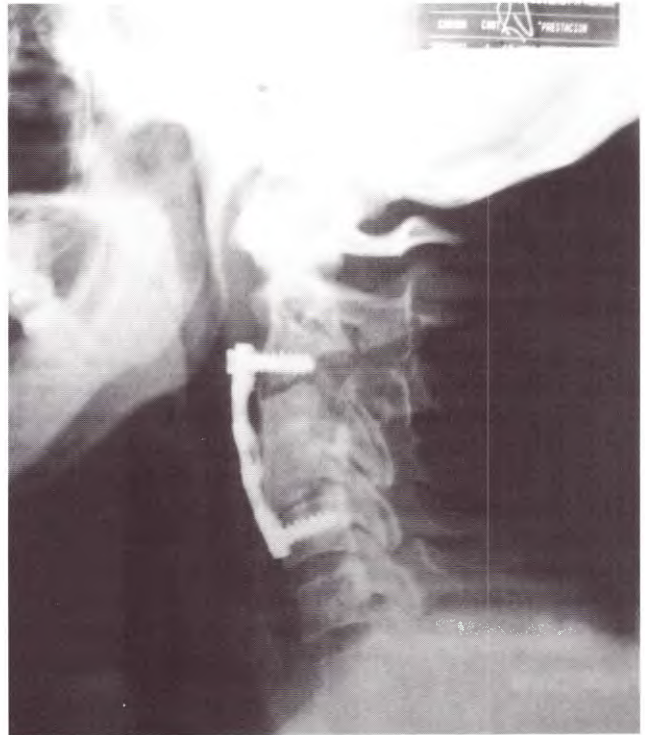


Fig. 3. Rx postoperatoria de columna cervical

grafía axial computada (TAC) de tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de recidiva tumoral.

En un primer tiempo quirúrgico se realizó un abordaje por vía anterior con toma de biopsia de la lesión cuya anatomía patológica informó metástasis de feocromocitoma. En un segundo tiempo quirúrgico se realizó un abordaje anterolateral con resección completa de la lesión que comprometía cuerpos vertebrales C3-C4, completándose corpectomía en dichos niveles y descompresión medular.

Se reemplazaron los cuerpos vertebrales con cemento acrílico quirúrgico y se realizó una artrodesis con placa de titanio y tornillos en los niveles C2-C5 (Fig 3). El paciente completó el tratamiento con radioterapia.

DISCUSIÓN

El feocromocitoma es un tumor de las células cromafines que típicamente causa signos y síntomas debidos a la liberación episódica de catecolaminas, presentándose en el 0,1% de los pacientes hipertensos.

Puede aparecer a cualquier edad, siendo más frecuente entre los 30 y los 50 años y raro después de los 60. Se presenta en forma hereditaria, aislado o asociado a otras neoplasias formando los

síndromes MEN IIa y IIb, así como también en los síndromes de von Hippel-Lindau y von Recklinghausen.

Son tumores benignos en el 90% de los casos y el 10% restante son malignos. Los tumores malignos no pueden diagnosticarse con certeza basándose sólo en criterios histológicos, y en sentido estricto, únicamente pueden considerarse malignos los que presentan metástasis en localizaciones en las que no existe tejido cromafín².

Luego de la confirmación del diagnóstico de feocromocitoma por laboratorio se realizan los estudios por imágenes. Los estudios utilizados en la actualidad son la TAC y la IRM. Para el estudio gammagráfico se utiliza la metayodobencilguanidina (MIBG). La MIBG marcada con I^{131} es fijada activamente por las células adrenérgicas y permite obtener imágenes del tejido cromafín neoplásico con una sensibilidad del 88% y una especificidad del 98%. Es especialmente útil para la localización de metástasis, de tumores extraadrenales y de recurrencias³.

Las metástasis son de lento crecimiento, por lo tanto el tiempo de presentación es muy variable, con un período libre de enfermedad de 0,2 a 28,7 años después del evento quirúrgico inicial.

El tratamiento recomendado para las metástasis de feocromocitoma es la resección quirúrgica

completa más radioterapia. Está descrita la adyuvancia con quimioterápicos. La combinación de vincristina, ciclofosfamida y dacarbazina reduciría la masa tumoral y disminuiría la secreción de ácido vainillín mandélico en orina.

Aunque el feocromocitoma no es particularmente radiosensible, las metástasis óseas tratadas con MIBG- I^{131} en dosis entre 100 y 300 mCi tienen buena respuesta⁵.

La sobrevida de los pacientes con feocromocitoma maligno a 5 años es menor al 50%.

Existe sólo un caso reportado en la bibliografía mundial sobre metástasis en la columna cervical en el cual se realizó la exéresis tumoral y artrodesis cervical por vía anterior⁴.

CONCLUSIÓN

La cirugía por vía anterior con corpectomía, reemplazo con cemento acrílico y artrodesis con placa y tornillos más la realización de radioterapia posterior fue el tratamiento adecuado en este paciente.

Bibliografía

1. Schlumberger M, Gicquel C, Lumbroso J. Malignant pheochromocytoma: clinical, biological, histologic and therapeutic data in a series of 20 patients with distant metastases. **J Endocrinol Invest** 1992; 15: 631-42.
2. Acosta Andino M, Marín M. Feocromocitoma: revisión y manejo quirúrgico. **Rev Hosp Gral Dr M Gea González** 2000; 3: 170-81.
3. Lynn MD, Braunstein EM, Wahl RL, Shapiro B, Gross MD, Rabbani R. Bone metastases in pheochromocytoma: comparative studies of efficacy of imaging. **Radiology** 1986; 160: 701-6.
4. Olson JJ, Loftus CM, Hitchon PW. Metastatic pheochromocytoma of the cervical spine. **Spine** 1989; 14: 349-51.
5. Brahm S, Milton D, Shulkin B. Radioisotope diagnosis and therapy of malignant pheochromocytoma. **Trends in Endocrinology & Metabolism** 2001; 12: 469-75.
6. Galifer RB, Pous JG, Noblet D.: Malignant pheochromocytoma. A case report in a 10-year-old boy with vertebral metastasis. **Chir Pediatr** 1982; 23: 121-4.