



CARTAS

Falso negativo con ^{123}I -metayodobenzilguanidina en paciente con feocromocitoma

G. Fernández-Fresnedo, I. Herráez, J. C. Ruiz San Millán y S. Sanz de Castro

Servicio de Nefrología. Hospital Marqués de Valdecilla.

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer joven de 19 años de edad que acudió a la consulta de Nefrología refiriendo una clínica de 4 meses de evolución de episodios bruscos de mareo, malestar general, palpitaciones, sudoración y pérdida de conciencia. No presentaba ningún antecedente personal de interés. En la exploración física destacaba una tensión arterial en sedestación de 171/117 mm de Hg, en decúbito de 177/130 mm de Hg y en ortostatismo de 129/85 mm de Hg. Su frecuencia cardíaca era de 87 latidos por minuto. La auscultación cardiopulmonar fue normal. La radiografía de tórax, así como el ECG y los análisis generales fueron normales. La determinación de catecolaminas y sus metabolitos en orina de 24 horas resultó: adrenalina 6 microg (normal 0-18), noradrenalina 4.754 microg (normal 15-80), ácido vanilmandélico 36,4 mg (normal 2-8). Se realizó una ecografía renal en la que se observó una masa de unos 3,5 cm de diámetro en suprarrenal izquierda. En la resonancia nuclear magnética se apreció una masa de 3,4 cm de diámetro en suprarrenal izquierda con un comportamiento de señal isointensa al músculo en T1 y moderadamente hiperintenso en T2, realizándose de forma moderada tras la administración de contraste paramagnético. En el rastreo gammagráfico corporal con 5mCi de ^{123}I -metayodobenzilguanidina no se observó hipercaptación patológica. Después de un tratamiento con fenoxibenzamina y propanolol se practicó una suprarrenalectomía izquierda. El examen histológico confirmó el diagnóstico de feocromocitoma. Posteriormente los controles tensionales y las confirmó el diagnóstico de catecolaminas en orina fueron normales.

El diagnóstico de feocromocitoma habitualmente se sospecha mediante los datos clínicos y la elevación de catecolaminas en plasma o la elevación de sus metabolitos en orina. Otro problema añadido es la localización del tumor, dato imprescindible para el tratamiento quirúrgico. La incorporación de la ecografía, la tomografía computerizada o la resonancia nuclear magnética ha supuesto un avance importante en la localización del tumor y ha desplazado a otros métodos más agresivos como la arteriografía

o la venografía selectiva. La gammagrafía con metayodobenzilguanidina (MIBG) ha contribuido también a solucionar el problema de la localización de los feocromocitomas, especialmente para tumores o metástasis de localización extraadrenal. El radionúclido más habitualmente utilizado es el ^{131}I -MIBG. La sensibilidad de este método se encuentra entre un 79% y un 89% habiéndose descrito entre un 9 y un 20% de falsos negativos. La visualización del tumor con el MIBG no se relaciona con los niveles circulantes de catecolaminas pues parece que el radiofármaco es recuperado por el tejido adrenérgico por un mecanismo de captación tipo I que no siempre muestra un comportamiento paralelo al patrón de síntesis y de liberación de gránulos neuroadrenérgicos. Para mejorar la calidad de imagen y reducir los falsos negativos, el ^{123}I -MIBG parece ofrecer ventajas sobre el ^{131}I -MIBG. Permite reducir los falsos negativos, el ^{123}I -MIBG parece ofrecer ventajas sobre el ^{131}I -MIBG. Permite utilizar dosis altas con menor irradiación y obtener imágenes de mejor calidad. El ^{123}I -MIBG es útil para localizar feocromocitomas en pacientes con alta sospecha del mismo y que presentan imágenes negativas con el ^{131}I -MIBG. De las series analizadas en la literatura no hemos encontrado ningún caso descrito de falso negativo con el ^{123}I -MIBG. Nosotros presentamos el caso de un paciente con sospecha clínica de feocromocitoma que se confirma histológicamente, encontrándose un falso negativo con ^{123}I -MIBG, por lo que concluimos que hay que apoyarse en todos los métodos diagnósticos disponibles ante la sospecha de feocromocitoma para el diagnóstico y localización del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shulkin BL, Shapiro B, Francis IR, Dorr R, Shen SW, Sisson JC: Primary extra-adrenal pheochromocytoma. Positive ^{123}I MIBG imaging with negative ^{131}I MIBG imaging. *Clin Nucl Med* 11: 851-854, 1986.
2. Caballero O, Ferris J, Escobeda JM, Pérez A: Gammagrafía con ^{123}I -metayodobenzilguanidina en el diagnóstico del feocromocitoma. *Med Clin* 92: 526-529, 1989.
3. Gough IR, Thompson NW, Shapiro B, Sisson JC: Limitations of ^{131}I -MIBG scintigraphy in locating pheochromocytomas. *Surgery* 98: 115-120, 1985.
4. Mozley PD, Kim CK, Mohsin J, Jatlow A, Gosfield E, Alavi A: The efficacy of iodine-123-MIBG as a screening test for pheochromocytoma. *J Nucl Med* 35: 1138-1144, 1994.
5. Nielsen JT, Nielsen BV, Rehling M: Location of adrenal medullary pheochromocytoma by ^{123}I -metaiodobenzylguanidine SPECT. *Clin Nucl Med* 21: 695-699, 1996.

Correspondencia: Dra. Gema Fernández Fresnedo
Servicio de Nefrología
Hospital Marqués de Valdecilla
39008 Santander