



23 - IMPLICACIONES DIAGNÓSTICO DEL FEOCROMOCITOMA EN EL MEN2A (PÓSTER PRESENTADO)

M.C. Muños Ruia^a, B. Febrero Sánchez^b, P.M. Segura Luque^b, A.M. Hernández Martínez^b, J.M. Rodríguez González^b, A. Ríos Martínez^b, M.S. Marín Talavera^b y M. Pérez Andreu^b

^aHospital General Universitario de Elche. ^bHospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Introducción: MEN2A es un síndrome neuroendocrino que se caracteriza porque puede aparecer feocromocitoma en aproximadamente el 50% de los casos. Como métodos de imagen diagnóstica utilizamos distintas pruebas el TAC y la metayodobenzilguanidina (MIBG). Pero se sabe poco sobre su correlación con el curso clínico.

Métodos: Es un estudio observacional de pacientes con MEN2A en un hospital terciario (1983-2018), donde se analizaron los pacientes con feocromocitoma, un total de 71 pacientes y 113 glándulas. Se ha comparado TAC y MIBG con AP utilizando chi-cuadrado.

Resultados: Contamos con un total de 71 pacientes con MEN2A, 61 de ellos con la mutación Cys634Tyr (85,9%) y 10 con la mutación Cys634Arg (14,1%). La TC se realizó en todos los pacientes con los siguientes hallazgos: nódulo único: 38 (53,5%); hiperplasia única: 2 (3%); nódulo + hiperplasia: 13 (18,3%); nódulo + nódulo: 16 (22,5%); hiperplasia + hiperplasia: 2 (3%). De las lesiones detectadas en la TAC, un 97,2% tuvo una AP compatible con feocromocitoma o hiperplasia medular. El MIBG se solicitó para el diagnóstico de la primera lesión en un 57,7% de los casos. En el 100% de los casos positivos se halló lesión anatomopatológica. Hubo una MIBG positiva bilateral con TAC con una sola lesión en 4 casos. Uno de ellos recurrió en la glándula que sólo tenía el MIBG positivo. En los tres pacientes, el cirujano eliminó dos glándulas que eran tanto patológicas en los dos pacientes. Ambas pruebas de diagnóstico son excelentes para localizar la patología suprarrenal ($p < 0,001$), pero no para correlacionar con la histología (hiperplasia frente a feocromocitoma) que no se hallaron resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: Ambas son buenas técnicas para localizar la lesión, pero no para especificar el tipo histológico. MIBG podría ser más sensible y correlacionarse con la patología suprarrenal mejor que la TC.