



Fig. 1.

Paciente de 56 años con historia previa de hipertensión, diaforesis y palpitaciones de 5 años de evolución. Ingresa en nuestro hospital por cuadro de crisis hipertensiva, tos y disnea. En la exploración abdominal, destaca una masa palpable en el hipocondrio derecho. Se realiza resonancia magnética toracoabdominal que muestra una tumoración mediastínica de 9 × 9 × 7 cm que provoca desplazamiento de la aurícula izquierda, el esófago y la vena pulmonar derecha, acompañado de colapso pulmonar derecho. Además, se observa una masa suprarrenal derecha de 16 × 12 × 8,5 cm que desplaza el lóbulo hepático derecho y el riñón derecho. El estudio se completa con tomografía computarizada por emisión de fotones simples con metayodobenzilguanidina marcada con ¹³¹I y octeótrido, y tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa F18, las cuales muestran la captación patológica únicamente de la tumoración suprarrenal derecha. En el análisis bioquímico destaca la elevación de las catecolaminas y metanefrinas en plasma y orina. Se realiza laparotomía subcostal derecha y exéresis de tumoración en la tumoración suprarrenal. En el postoperatorio la paciente se mantuvo normotensa sin medicación antihipertensiva. A la sexta semana de la intervención se realizó toracotomía posterolateral y exéresis del quiste mediastínico. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de feocromocitoma y puso de manifiesto que la tumoración mediastínica se trataba de un quiste benigno.

Diagnóstico: Feocromocitoma y quiste benigno mediastínico.

**Jesús Bollo, Miguel Ángel López-Boado
y Laureano Fernández-Cruz**

Institut Clínic de Malalties Digestives. Servicio de Patología Biliopancreática.
Hospital Clínic. Barcelona. España.