

Un hallazgo incidental que revela conexiones neoplásicas poco conocidas

Carla Álvarez-González 

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

Recibido: 01/12/2025

Aceptado: 04/08/2026

En línea: 31/08/2026

Citar como: Álvarez-González C. Un hallazgo incidental que revela conexiones neoplásicas poco conocidas. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (agosto); 11(2): 55-57. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n2a4>.

Cite this as: Álvarez-González C. An incidental finding that reveals little-known neoplastic connections. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (August); 11(2): 55-57. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n2a4>.

Autora para correspondencia: Carla Álvarez-González. carlaalvarezgonzalez@hotmail.com

Palabras clave

- ▷ feocromocitoma
- ▷ crisis hipertensivas
- ▷ angioma de células litorales del bazo
- ▷ neoplasias sincrónicas
- ▷ neoplasias viscerales

Keywords

- ▷ pheochromocytoma
- ▷ hypertensive crises
- ▷ littoral cell angioma of the spleen
- ▷ synchronous neoplasms
- ▷ visceral neoplasms

Resumen

El feocromocitoma es un tumor secretor de catecolaminas con presentaciones clínicas variables, susceptible a descompensarse ante estímulos sistémicos o locales. La crisis catecolaminérgica resulta de una liberación excesiva y sostenida de catecolaminas con efectos cardiovasculares y metabólicos relevantes. Por otro lado, el angioma de células litorales es una neoplasia esplénica benigna asociada en la literatura a una mayor prevalencia de tumores viscerales sincrónicos o metacrónicos, lo que sugiere una posible base predisponente. La coexistencia de ambas entidades invita a considerar implicaciones biológicas compartidas y la necesidad de investigación adicional.

Abstract

Pheochromocytoma is a catecholamine-secreting tumour with variable clinical presentations, susceptible to decompensation in response to systemic or local stimuli. A catecholamine crisis results from an excessive and sustained release of catecholamines with significant cardiovascular and metabolic effects. On the other hand, littoral cell angioma is a benign splenic neoplasm associated in the literature with a higher prevalence of synchronous or metachronous visceral tumours, suggesting a possible predisposing factor. The coexistence of both entities suggests shared biological implications and the need for further research.

Puntos destacados

- ▷ Dada la asociación del angioma de células litorales con otras neoplasias, la coexistencia con feocromocitoma, no descrita, es relevante y sugiere una posible relación que puede tener interés científico.

Introducción

El feocromocitoma es un tumor neuroendocrino originado en las células cromafines de la médula suprarrenal, responsable de la secreción excesiva de catecolaminas y de manifestaciones clínicas polimorfas, muchas veces impredecibles^{1,2}. El manejo y diagnóstico se basa en la determinación bioquímica de catecolaminas o sus metabolitos y en la localización tumoral mediante técnicas de imagen, siendo la cirugía el único tratamiento curativo^{3,4}. En escenarios críticos, la instauración de un bloqueo alfa-adrenérgico progresivo es imprescindible antes de la resección quirúrgica^{3,5}.

Por otro lado, el angioma de células litorales (ACL) es una neoplasia vascular primaria benigna del bazo, descrita inicialmente por Falk *et al.* en 1991, que se diagnostica habitualmente de forma incidental y cuya relevancia clínica radica en su posible asociación con otras neoplasias viscerales y sistémicas^{6,7,8}. Diver-

sos estudios recientes, incluyendo revisiones europeas y series de casos, han documentado una prevalencia considerable de tumores malignos sincrónicos o metacrónicos en pacientes con ACL, lo que sugiere una posible base genética subyacente, aunque la relación específica con feocromocitoma y tumores endocrinos es objeto de estudio^{6,7,8}.

El caso expuesto, con debut de crisis catecolaminérgica en contexto de feocromocitoma y hallazgo incidental de ACL, constituye un ejemplo relevante de la importancia de la perspectiva multidisciplinar.

Caso clínico

Antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Mujer de 72 años de edad, con antecedentes de dislipemia, diabetes tipo 2 y depresión en tratamiento habitual con sertralina, atorvastatina y metformina. Acudió a Urgencias por deterioro del estado general, disnea, náuseas y vómitos. En las veinticuatro horas previas, la paciente había consultado en su centro de salud por prurito intenso e inflamación tras varias picaduras de mosquito en miembros inferiores.

En la exploración inicial destacó una presión arterial de 200/100 mmHg, saturación de oxígeno basal de 89 % y frecuencia cardíaca de 135 lpm. La paciente mostraba palidez cutánea, sudoración profusa y tiraje respiratorio. La auscultación reveló crepitantes bibasales y sibilantes dispersos. Tras administración furosemda y urapidilo en Urgencias, presentó hipotensión brusca con disminución del nivel de conciencia que requirió intubación y traslado a unidad de cuidados intensivos (UCI).

Pruebas complementarias

Los análisis iniciales mostraron acidosis metabólica grave (pH 6,8, bicarbonato 10,1 mEq/L), hiperglucemia leve (200 mg/dL) sin cetoacidemia, insuficiencia renal aguda (creatinina 1,58 mg/dL, filtrado glomerular 32 mL/min), elevación de troponinas (546 ng/mL) y pro-BNP (3476 pg/mL), y plaquetopenia moderada ($113 \times 10^9/L$).

La radiografía de tórax evidenció infiltrados alveolointersticiales bilaterales sugestivos de edema agudo de pulmón (**figura 1**), mientras que el TAC craneal fue normal. El ecocardiograma mostró hipoquinesia global y disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo, sin valvulopatías ni hipertensión pulmonar.



Figura 1. Radiografía de tórax.

Evolución

El inicio de su estancia en UCI se caracterizó por una gran labilidad tensional acompañada de fracaso multiorgánico. Se descartó activación mastocitaria (triptasa sérica negativa). El estudio de catecolaminas urinarias reveló cifras marcadamente elevadas: epinefrina 1306 $\mu\text{g}/24\text{h}$ (VN 0,5-20), norepinefrina 2461 $\mu\text{g}/24\text{h}$ (VN 15-80), metanefrinas totales 15357 $\mu\text{g}/24\text{h}$ (VN 20-302) y normetanefrinas 8813 $\mu\text{g}/24\text{h}$ (VN 30-527). La tomografía toraco-abdomino-pélvica demostró una gran lesión suprarrenal izquierda compatible con feocromocitoma (**figura 2A**), y esplenomegalia con aspecto infiltrativo o tumoral (**figura 2B**). Tras estabilización clínica, se decidió cirugía programada previo α -bloqueo con doxazosina durante dos semanas; el uso de β -bloqueo no se toleró por descompensación cardíaca. Se realizó suprarrenalectomía y esplenectomía sin incidencias. Los estudios patológicos confirmaron feocromocitoma con márgenes libres y a nivel esplénico se evidenció un angioma de células litorales (ACL).

El posoperatorio destacó por la presencia de anemia de trastornos crónicos, normalización de la plaquetopenia y recuperación progresiva de la función renal y ventricular. Como complicaciones infecciosas, desarrolló neumonía por *Pseudomonas* y una bacteriemia asociada a catéter por *Staphylococcus epidermidis*, con buena evolución tras tratamiento antimicrobiano. La medición de metanefrinas plasmáticas al alta fue negativa.

Diagnóstico

Crisis catecolaminérgica secundaria a feocromocitoma suprarrenal, debutando con fracaso multiorgánico e inestabilidad hemodinámica, con hallazgo incidental de angioma de células litorales esplénico.

Discusión

El feocromocitoma se caracteriza clásicamente por crisis hipertensivas paroxísticas, pero en una proporción significativa de casos puede debutar también con labilidad tensional, normotensión o episodios de hipotensión, especialmente en el contexto de crisis catecolaminérgicas graves o al uso de medicación vasodilatadora²⁻⁵. El mecanismo de hipotensión se basa en la fluctuación en la liberación de catecolaminas, la desensibilización de los receptores adrenérgicos, la vasodilatación reaccionaria, el consumo de volumen intravascular y la insuficiencia cardíaca secundaria al exceso cateco-

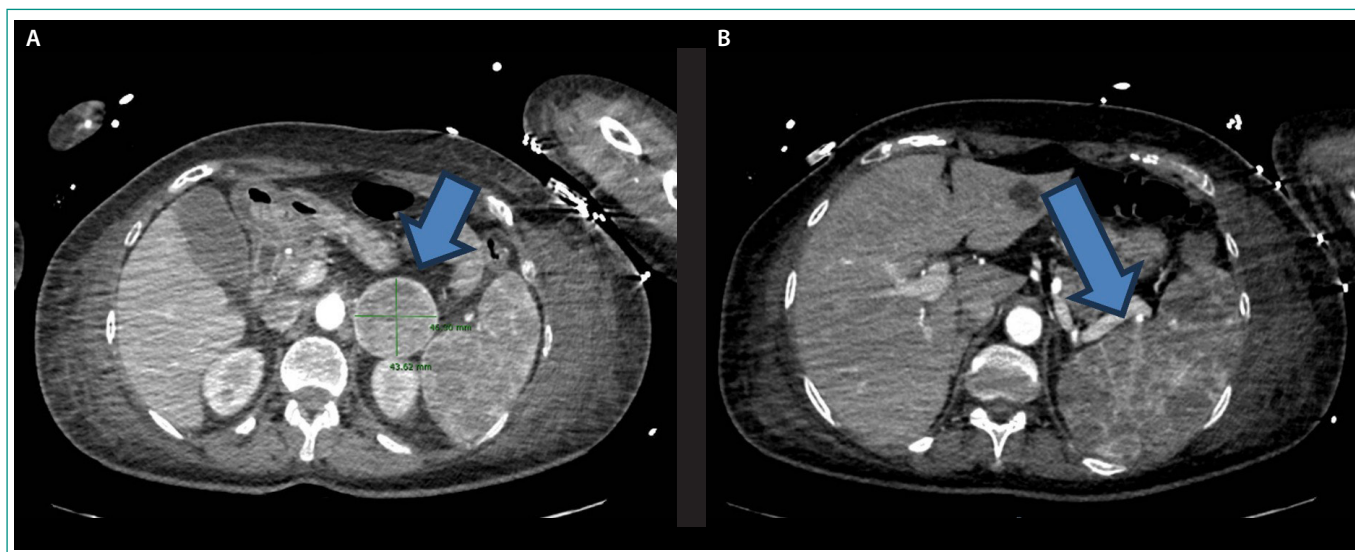


Figura 2. A. Tomografía toracoabdominopélvica con gran lesión suprarrenal izquierda compatible con feocromocitoma. B. Tomografía toracoabdominopélvica con esplenomegalia con aspecto infiltrativo o tumoral.

laminérgico^{3,5}. Es fundamental extremar la precaución con medicamentos hipotensores de acción rápida en el manejo de estos pacientes, recomendando instaurar previamente bloqueo alfa-adrenérgico lento y regular^{3,5}. El urapidilo, aunque útil como antihipertensivo, puede conducir a bruscos descensos de presión arterial en feocromocitoma, por lo que su uso debe ser muy vigilado⁵.

El papel de la picadura de insecto en este caso como desencadenante agudo resulta relevante; aunque la literatura no describe un mecanismo inmunológico directo, diversos factores estresantes (dolor, inflamación aguda, liberación de mediadores) pueden precipitar la descompensación de tumores secretores de catecolaminas^{4,5}. La exclusión de anafilaxia (triptasa negativa) y la presencia de crisis catecolaminérgica orientan a una reacción adrenérgica desencadenada por el estrés y la inflamación local en un paciente portador de feocromocitoma latente.

Respecto al angioma de células litorales, se trata de una lesión vascular esplénica de baja incidencia, más frecuente en adultos. Su diagnóstico suele ser incidental y, aunque generalmente benigno, existen evidencias de asociación significativa con otras neoplasias malignas viscerales (colorrectales, mama, pulmón, hematológicas, digestivas y del sistema urogenital)⁶⁻⁸. En las series disponibles, entre un 15 y 30% de los pacientes con ACL presentan otros tumores sincrónicos o metacrónicos^{6,7}. Si bien no se ha descrito en la bibliografía consultada asociación específica con feocromocitoma, sí se reportan casos simultáneos con otros tumores endocrinos e inmunológicos⁶⁻⁸. Este hallazgo refuerza la importancia de realizar estudio ampliado y seguimiento multidisciplinar ante la aparición de ACL, considerando la posible predisposición a neoplasias variadas y la relevancia de una evaluación integral.

Conclusiones

El feocromocitoma constituye una entidad clínica compleja, cuya identificación requiere alta sospecha y control farmacológico estricto. El manejo de fármacos antihipertensivos debe realizarse tras instaurar bloqueo alfa adecuado para evitar complicaciones graves. Los estímulos locales y sistémicos, como la picadura de insecto, pueden actuar como factores precipitantes de la crisis. Por otro lado, el ACL esplénico, aunque benigno y habitualmente asintomático, debe alertar sobre la posible asociación con otras neoplasias viscerales. Este caso contribuye a la literatura como una nueva asociación documentada entre feocromocitoma y angioma de células litorales esplénico, ampliando el espectro de neoplasias vinculadas a tumores vasculares esplénicos.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

1. Neumann HPH, Young WF Jr, Eng C. Pheochromocytoma and paraganglioma. *N Engl J Med*. 2019; 381(6): 552-65. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1806651> (último acceso ago. 2026).
2. Berends AMA, Lenders JWM, Kerstens MN. Update on clinical characteristics in the evaluation of pheochromocytoma and paraganglioma. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2024; 38(6): 101953. doi: <https://doi.org/10.1016/j.beem.2024> (último acceso ago. 2026).
3. Lenders JWM, Duh QY, Eisenhofer G, Gimenez-Roqueplo AP, Grebe SKG, Murad MH, et al. Pheochromocytoma and paraganglioma: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014; 99(6): 1915-1942. doi: <https://doi.org/10.1210/jc.2014-1498> (último acceso ago. 2026).
4. Saavedra TJS, Nati-Castillo HA, Valderrama Cometa LA, Rivera-Martínez WA, Asprilla J, Castaño-Giraldo CM, et al. Pheochromocytoma: an updated scoping review from clinical presentation to management and treatment. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2024; 15: 1433582. doi: <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1433582> (último acceso ago. 2026).
5. Nazari MA, Hasan R, Haigney M, Maghsoudi A, Lenders JWM, Carey RM, et al. Catecholamine-induced hypertensive crises: current insights and management. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2023; 11(12): 942-54. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(23\)00256-5](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00256-5) (último acceso ago. 2026).
6. Peckova K, Michal M, Hadravsky L, Suster S, Damjanov I, Miesbauerova M, et al. Littoral cell angioma of the spleen: a study of 25 cases with confirmation of frequent association with visceral malignancies. *Histopathology*. 2016; 69(5): 762-74. doi: <https://doi.org/10.1111/his.13026> (último acceso ago. 2026).
7. Wang W, Qi G, Zhao X, Zhang Y, Zhu R, Liang R, Sun Y. clinical landscape of littoral cell angioma in the spleen based on a comprehensive analysis. *Front Oncol*. 2022; 12: 790332. doi: <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.790332> (último acceso ago. 2026).
8. Shen H, Zhu Y, Zhong J, Shen Y, Huang Y, Song P, He J, Zhou S, Wu X. Littoral cell angioma of the spleen: a study of 10 cases case series and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2024; 103(13): e37550. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037550> (último acceso ago. 2026).