



CASO CLÍNICO

Reversibilidade da miocardiopatia induzida por catecolaminas associada ao feocromocitoma



Milan Satendra^{a,*}, Cláudia de Jesus^b, Armando L. Bordalo e Sá^a, Luís Rosário^a, José Rocha^c, Henrique Bicha Castelo^c, Maria José Correia^a, António Nunes Diogo^a

^a Serviço de Cardiologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

^b Serviço de Medicina, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

^c Serviço de Cirurgia II, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Recebido a 5 de maio de 2013; aceite a 13 de setembro de 2013

Disponível na Internet a 28 de março de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Miocardiopatia;
Catecolaminas;
Feocromocitoma;
Insuficiência cardíaca

Resumo O feocromocitoma é um tumor originário do tecido cromafim. Habitualmente apresenta-se por sinais e sintomas de excesso de catecolaminas, tais como hipertensão arterial, taquicardia, cefaleias e sudorese. Das manifestações cardiovasculares inclui-se a miocardiopatia induzida por catecolaminas, que pode apresentar-se sob a forma de disfunção ventricular esquerda grave e insuficiência cardíaca congestiva. Relatamos o caso de um homem a quem foi diagnosticado feocromocitoma na investigação de um quadro de miocardiopatia dilatada. Realça-se neste doente a dramática reversão da miocardiopatia, com melhora sintomática e recuperação da função do ventrículo esquerdo após o tratamento.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

KEYWORDS

Cardiomyopathy;
Catecholamines;
Pheochromocytoma;
Heart failure

Reversible catecholamine-induced cardiomyopathy due to pheochromocytoma: Case report

Abstract Pheochromocytoma is a tumor originating from chromaffin tissue. It commonly presents with symptoms and signs of catecholamine excess, such as hypertension, tachycardia, headache and sweating. Cardiovascular manifestations include catecholamine-induced cardiomyopathy, which may present as severe left ventricular dysfunction and congestive heart failure. We report a case of pheochromocytoma which was diagnosed following investigation of dilated cardiomyopathy. We highlight the dramatic symptomatic improvement and reversal of cardiomyopathy, with recovery of left ventricular function after treatment.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: milan.satendra@gmail.com (M. Satendra).

Caso clínico

Homem de 40 anos, aparentemente saudável até cerca de três meses antes da ida ao serviço de urgência (SU), quando inicia tosse noturna não produtiva, emagrecimento (cerca de 10-15 kg durante os três meses), anorexia e dispneia para esforços progressivamente menores. Dos antecedentes pessoais destacam-se apenas, desde há vários anos, esporádicas determinações de hipertensão arterial ligeira que não valorizava, hipersudorese e frequência cardíaca (FC) persistentemente elevada.

Recorreu ao seu médico assistente que o referenciou para o centro de diagnóstico pneumológico da área de residência por suspeita de patologia pulmonar, entre as quais tuberculose ou pneumonia atípica. Efetuou exames complementares que foram inconclusivos e iniciou antibioterapia com ausência de resposta a vários antibióticos (amoxicilina com ácido clavulânico, claritromicina e levofloxacina), apesar de apenas um episódio de febre documentada (39,0 °C de temperatura axilar) sob antibioterapia. O doente manteve as queixas e iniciou crises de dispneia paroxística noturna, ortopneia, palidez, aperto torácico e intensa diaforese, com agravamento progressivo que motivaram a ida ao SU e consequente internamento hospitalar.

Ao exame objetivo apresentava-se ansioso, apirético mas hipersudorético, pálido, hidratado e anictérico. A pressão arterial era 178/119 mmHg, FC de 113 bpm, frequência respiratória de 20 cpm, saturação periférica de oxigénio de 92% com oxigenoterapia por óculos nasais a 2L/min, sem ingurgitamento jugular a 45°. À auscultação cardiopulmonar apresentava-se taquicárdico, sem sopros cardíacos audíveis, com ferveores crepitantes na metade inferior de ambos os hemitórax. Abdómen sem alterações. Membros inferiores sem sinais de edema ou trombose venosa profunda.

O eletrocardiograma (ECG) apresentava taquicardia sinusal com FC de 104 bpm e prolongamento do intervalo QT (QTc = 488 ms). A telerradiografia torácica mostrava infiltrado intersticial bilateral com apagamento do seio costofrénico direito.

O ecocardiograma transtorácico revelou um ventrículo esquerdo dilatado e globalmente hipocinético com fração de ejeção de 37%, com aurícula esquerda ligeiramente dilatada (Tabela 1 e Figura 1). O valor de NT-proBNP na admissão era de 7.678 pg/mL.

Após instituição da terapêutica farmacológica para a insuficiência cardíaca, com inibidores da enzima convertora de angiotensina, diuréticos e nitratos endovenosos, verificou-se melhoria ligeira do quadro clínico, nomeadamente da dispneia, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Apesar da terapêutica, não se obteve controlo dos níveis de pressão arterial e da FC, mantendo-se com hipertensão arterial e taquicardia sinusal.

Fez tomografia axial computadorizada (TAC) tóraco-abdominal que demonstrou ligeiras alterações esclerofibróticas apicais, infiltrados em vidro despolido disseminados, com espessamento dos septos interlobulares, adenopatia subcarinal com 1,5 cm de diâmetro, engurgitamento hilar bilateral, derrame pleural bilateral com componente intercistural e massa sólida hipodensa em contiguidade com a glândula suprarrenal esquerda, com calcificação no interior, de limites relativamente bem definidos embora com ligeira

Tabela 1 Parâmetros ecocardiográficos: antes da terapêutica e dois meses pós-cirurgia

Parâmetro	Pré-terapêutica	Dois meses pós-cirurgia
DDVE/ASC (cm/m ²)	3,3	2,8
DSVE/ASC (cm/m ²)	2,7	2,0
VTS/ASC (mL/m ²)	84	39
VTS/ASC (mL/m ²)	53	16
FEj (%)	37	58

DDVE/ASC: dimensão diastólica do ventrículo esquerdo indexado à área de superfície corporal; DSVE/ASC: diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo indexado à área de superfície corporal; FEj: fração de ejeção ventricular esquerda; VTD/ASC: volume telediastólico do ventrículo esquerdo indexado à área de superfície corporal; VTS/ASC: volume telesistólico do ventrículo esquerdo indexado à área de superfície corporal.

densificação estriada da gordura adjacente, medindo cerca de 4,5 x 5,5 cm (Figura 2).

Perante a suspeita diagnóstica de feocromocitoma, efetuou doseamento das catecolaminas plasmáticas e urinárias

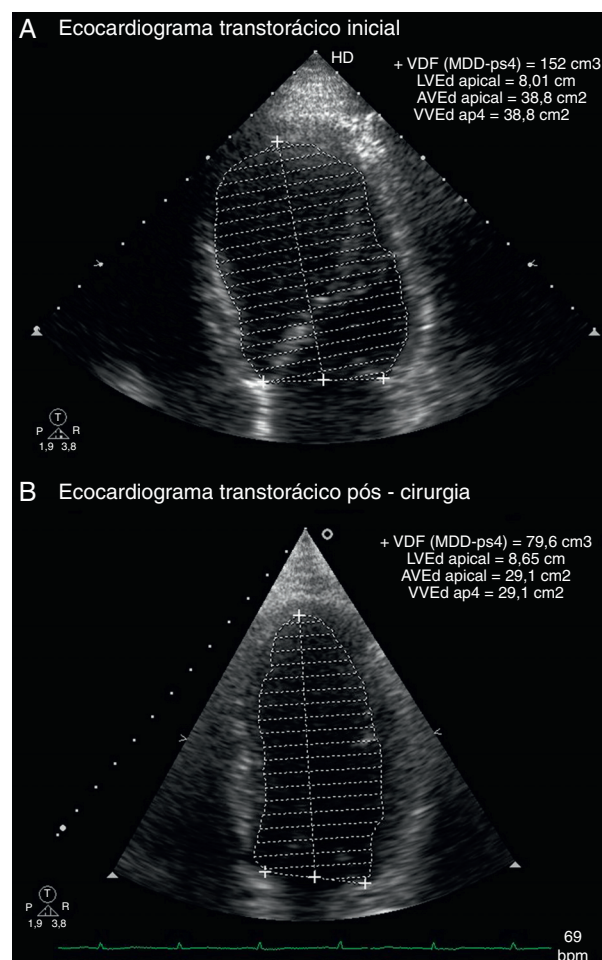


Figura 1 Imagens do ecocardiograma transtorácico, plano apical de quatro câmaras em telediástole, que mostram a redução do volume telediastólico do ventrículo esquerdo: A) antes da terapêutica; B) dois meses pós-cirurgia.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126087>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126087>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)