



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – PRESENTACIÓN DE CASOS

## Manifestaciones inusuales del feocromocitoma. Reporte de caso y revisión de la literatura



Juan D. Uribe<sup>a,\*</sup>, María R. González<sup>b</sup> y Leidy J. Tamayo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Medicina Intensiva, Clínica Cardio VID, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Medicina General, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

Recibido el 10 de marzo de 2015; aceptado el 28 de junio de 2015

Disponible en Internet el 24 de noviembre de 2015

### PALABRAS CLAVE

Feocromocitoma;  
Catecolaminas;  
Síndrome coronario  
agudo

### KEYWORDS

Phaeochromocytoma;  
Catecholamines;  
Acute coronary  
syndrome

**Resumen** El feocromocitoma es un tumor de baja prevalencia que se origina en las células cromafines de la médula de las glándulas suprarrenales. Estos tumores como el tejido simpático normal se originan del neuroectodermo.

La tríada clásica de presentación clínica es: hipertensión que puede ser persistente, paroxística o fluctuante, cefalea grave pulsátil acompañada de náuseas y/o vómito y palpitaciones con taquicardia o bradicardia refleja; pero también se pueden presentar un gran número de síntomas debido al exceso de catecolaminas plasmáticas, llegando incluso a producir un síndrome coronario agudo.

Su diagnóstico se realiza por medio de la clínica (para la cual se requiere un alto grado de sospecha), el laboratorio y la imagenología. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica del tumor por laparoscopia o cirugía abierta.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Unusual manifestations of pheochromocytoma: A case report and a review of the literature

**Abstract** A pheochromocytoma is a tumour of low prevalence that originates in the chromaffin cells of the medulla of the adrenal glands. These tumours, like normal sympathetic tissue, originate from neuroectoderm.

The classic triad of clinical findings are: hypertension that can be persistent, paroxysmal or fluctuating, severe throbbing headache accompanied by nausea and/or vomiting, and palpitations with tachycardia or reflex bradycardia. It can also present with a myriad of symptoms due to the excess of plasma catecholamines, even producing an acute coronary syndrome.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juandauribem@gmail.com](mailto:juandauribem@gmail.com) (J.D. Uribe).

Diagnosis is made through the clinical (for which requires a high degree of suspicion), laboratory, and imaging findings. The treatment is surgical resection of the tumour by laparoscopy or open surgery.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Las células cromafines son las encargadas del almacenamiento y producción de las catecolaminas<sup>1-6</sup>. Los tumores originados en estas células son raros, menos del 1% a nivel mundial<sup>7-9</sup> y de acuerdo a su localización son conocidos como: feocromocitoma los que se localizan a nivel de la médula adrenal, representando el 85% de los casos y paragangliomas, aquellos que se ubican a nivel extraadrenal los cuales conforman el 15% restante<sup>4,5,9-11</sup>.

Anteriormente, se creía que los factores genéticos estaban implicados en el 10% de los feocromocitomas, pero una información reciente sugiere que hasta en el 25% de los casos se pueden detectar mutaciones de la línea germinal. Las causas más frecuentes de predisposición genética son: el Von Hippel Lindau, la neoplasia endocrina múltiple tipo 2, la neurofibromatosis tipo 1 y el síndrome feocromocitoma-paraganglioma<sup>7-9,12-14</sup>. Los lugares más comunes de presentación extraadrenal son: el órgano de Zuckerkandl (bifurcación de la aorta), la vejiga (< 1%), el mediastino (< 2%), el cuello (< 1%) y otros como el oído medio, el cordón espermático y la base del cerebro<sup>4,8,11</sup>. Estos tumores pueden encontrarse a cualquier edad pero su mayor incidencia está de los cuarenta a cincuenta años de edad vida<sup>7,11</sup>.

La mayoría de los feocromocitomas son de carácter benigno y solo un 10% son malignos. Se ubican predominantemente en la glándula suprarrenal derecha siendo estos los de mayores manifestaciones clínicas y cambios en el electrocardiograma<sup>1</sup>. Es importante tener en cuenta que estos no pueden ser diferenciados por medio de criterios histológicos o bioquímicos y son diagnosticados solo por demostración del tejido tumoral en localizaciones donde comúnmente no existen células cromafines como en el hígado, el pulmón y los ganglios linfáticos<sup>11</sup>.

A continuación se reporta el caso de una paciente atendida en la Clínica Cardio VID por un infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST secundario a un feocromocitoma y se realiza una revisión de la literatura.

## Reporte de caso

Mujer de 56 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial y dislipidemia quien consulta al servicio de urgencias por cuadro clínico de una hora de evolución, consistente en dolor precordial tipo opresivo asociado a mareo, cefalea, náuseas y diaforesis. Al examen físico se encontró pálida con cianosis peribucal, hipertensa 200/90 mmHg y saturando 80% al aire ambiente.

Debido al dolor precordial se le realiza un electrocardiograma en el que se observa una bradicardia sinusal, complejos ventriculares prematuros e infradesnivel del

segmento ST en la cara anterolateral y pruebas de laboratorio en las que se encontraron: troponinas positivas 10,2 (0,012-0,034), hiperglucemia y leucocitosis.

Se trasladó a la unidad de cuidados intensivos donde ingresó con un edema agudo de pulmón; índice cardiaco de 1,9 L/min/m<sup>2</sup> requiriendo soporte con norepinefrina, dobutamina, milrinone y ventilación mecánica. Allí se le realizó una ecocardiografía transtorácica en la cual se observó un estrés sistólico final de 112 gramos/metro<sup>2</sup>, un gasto cardiaco sistémico de 2,56/minuto y un ventrículo izquierdo con dilatación leve en sístole de 3,8 centímetros, un estrés sistólico final de 112 gramos/metro<sup>2</sup>, volumen latido de 25 mililitros y un gasto cardiaco sistémico de 2,56/minuto.

Durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos presentó fiebre, elevación de los reactantes de fase aguda y cifras tensionales con tendencia a la hipotensión, sin evidencia de foco por lo que se inició manejo antibiótico empírico con meropenem. Se solicitaron paraclínicos e imagenología para buscar el foco infeccioso, dentro de ellos una tomografía axial computarizada toracoabdominal, en la cual se encontró consolidación de ambas bases pulmonares y de manera llamativa, una masa ubicada sobre el riñón derecho que se extendía al hígado (fig. 1). En el aspirado traqueal se aisló un *Staphylococcus aureus* sensible a metilicina y una *Klebsiella pneumoniae* por lo que se descartó manejo antibiótico a piperacilina tazobactam con lo que presentó resolución de su cuadro respiratorio y a los 23 días se extubó sin complicaciones.

Después de una estancia de veinticuatro días en la unidad de cuidados intensivos fue trasladada a hospitalización, donde



Figura 1 Tomografía toracoabdominal quirúrgica.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012137>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012137>

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