



P-480 - SHOCK CARDIOGÉNICO POR MIOCARDITIS ADRENÉRGICA COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN FEOCROMICITOMA

E. Gil Barrionuevo, J. Vázquez del Águila, J.M. Balibrea, E. Caubet, O. González, A. Casterás, R. Vilallonga, J.M. Fort y M. Armengol

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: Los feocromocitomas son tumores productores de catecolaminas derivados de la médula adrenal o tejido paraganglionar intra-abdominal. Su presentación clínica es variable siendo frecuente la presencia de hipertensión arterial, palpitaciones y cefalea. Niveles elevados de catecolaminas circulantes y sus productos de oxidación pueden asociarse a daño miocárdico y alteraciones cardiovasculares severas en relación a vasoespasmo coronario, arritmias, miocardiopatía dilatada, disfunción ventricular y raramente shock cardiogénico. Presentamos un caso infrecuente de miocarditis adrenérgica y shock cardiogénico como debut de feocromocitoma.

Caso clínico: Varón de 35 años, exfumador, con historia de miopericarditis aguda hacía 5 años que debutó como edema agudo de pulmón y que ingresa por disnea en el contexto de nuevo edema agudo de pulmón. Un ECG inicial mostró taquicardia sinusal, supradesnivel del ST 0,5 mm en DI-aVL con descenso del ST < 1 mm en DII- DIII- aVF y descenso del ST de V3 a V6. A las dos horas del inicio del cuadro el paciente presentó hipotensión arterial, bradicardia y oligoanuria que requirió la administración de aminas vasoactivas. El ecocardiograma mostró disfunción moderada del ventrículo izquierdo e hipocinesia apical y lateral. Durante el ingreso en la Unidad Coronaria el ecocardiograma demostró recuperación parcial de las alteraciones, con dilatación moderada de la aurícula izquierda, hipertrofia ventricular izquierda con leve hipocinesia septal y función sistólica conservada. La coronariografía demostró ausencia de alteraciones coronarias significativas. Ante estos hallazgos se realizó una RMN cardíaca y adrenal, que informó de FE del 58% y mínima hipocinesia inferobasal con un foco de captación subepicárdico ínfero-basal de origen no isquémico y edema miocárdico sugestivos de miocarditis adrenérgica. Se observó una lesión nodular sólida de 33 × 25 mm en glándula suprarrenal izquierda sugestiva de feocromocitoma. Se objetivó excreción elevada de catecolaminas en orina de 24 horas sin actividad noradrenérgica patológica en la exploración gammagráfica con MIBG-123I. Previo bloqueo adrenérgico efectivo, se realizó adrenalectomía izquierda laparoscópica por vía anterior en el mismo ingreso, hallándose tumoración adrenal de 30 mm, sin signos de invasión de estructuras adyacentes, que se resecó sin incidencias. La evolución postquirúrgica fue favorable, manteniéndose hemodinámicamente estable con buenos controles tensionales. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de feocromocitoma sin signos de malignidad.

Discusión: La miocardiopatía adrenérgica es una entidad infrecuente y de presentación clínica

variable. Algunos pacientes pueden cursar con disfunción ventricular aguda, siendo excepcional el debut como shock cardiogénico. La miocarditis inducida por catecolaminas es una causa potencialmente reversible de shock cardiogénico. Los hallazgos típicos en la RMN incluyen edema miocárdico y realce tardío tras la administración de contraste. Ante fallo cardíaco de etiología desconocida se debe considerar el diagnóstico de feocromocitoma. La adrenalectomía constituye el tratamiento definitivo, siendo frecuente la recuperación de la función ventricular tras el episodio agudo.