



## V-043 - FALLO MULTIORGÁNICO SECUNDARIO A CRISIS CATECOLAMINÉRGICA ASOCIADA A FEOCROMOCITOMA E INTOXICACIÓN POR COCAÍNA

Bermeo Jarrín, Esteban; Pérez García, José Ignacio; Larrañaga Blanc, Itziar; Homs Samso, Roger; Asla Roca, Queralt; Ángeles Sistac, Diego; González López, José; Moral Duarte, Antonio

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** La crisis catecolaminérgica provocada por un feocromocitoma es una emergencia endocrinológica rara que puede ocasionar inestabilidad hemodinámica, fallo multiorgánico y muerte. El manejo médico prequirúrgico de un feocromocitoma debe incluir el uso de alfa-bloqueadores de manera inicial y, posteriormente, el uso de beta-bloqueadores. La implementación inicial de beta-bloqueadores aumenta el riesgo de una crisis adrenérgica debido a la sobreestimulación de los receptores alfa. De manera paralela, la cocaína es un agente indirecto simpaticomimético que desarrolla su efecto farmacológico bloqueando la recaptura presináptica de catecolaminas. Así, la cocaína aumenta la disponibilidad de aminas y posibilita la saturación de receptores adrenérgicos (alfa-1, alfa-2, beta-1 y beta-2). Mostramos el caso de una paciente que presentó una crisis catecolaminérgica asociada a un feocromocitoma basal no diagnosticado y una intoxicación aguda por cocaína.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 29 años, sin antecedentes de importancia, con consumo puntual de cocaína. Es trasladada a urgencias veinticuatro horas después de consumo de cocaína por presentar dolor torácico, palpitations, malestar general y tensiones arteriales elevadas. Durante su traslado se administran betabloqueantes para control de taquicardia y cifras tensionales elevadas. El cuadro clínico se orienta inicialmente como una intoxicación aguda por cocaína complicado con edema agudo de pulmón, insuficiencia cardiaca asociada a miocardiopatía de estrés Takotsubo-like, fallo renal agudo AKIN III, hepatitis aguda isquémica y acidosis metabólica grave. La paciente requiere traslado al Servicio de Medicina Intensiva por fallo multiorgánico; requiriendo ventilación mecánica invasiva, soporte hemodinámico y terapia de sustitución renal. Posteriormente, ante clínica de dolor abdominal sobrepuesta al fallo multiorgánico inicial se solicita un TC donde se identifica una masa suprarrenal izquierda de 5 cm, heterogénea, con captación periférica, y componente quístico central sugerente de feocromocitoma. Se solicitan metanefrinas en orina que resultan elevadas (metanefrina 8,40 nmol/L, normetanefrina 24,67 nmol/L, 3-metoxitiramina 1,30 nmol/L). En respuesta a los hallazgos se añade terapia alfa y betabloqueante. La paciente evolucionó favorablemente y tras la estabilización clínica se realizó tratamiento quirúrgico exitoso del feocromocitoma. Tras el diagnóstico de feocromocitoma izquierdo y la estabilización médica de la paciente, se realiza suprarrenalectomía izquierda laparoscópica con ligadura precoz de la vena suprarrenal. La paciente se mantiene alfa y beta-bloqueada durante la cirugía, manteniendo en todo momento frecuencias y tensiones arteriales dentro de los rangos de la normalidad.

**Discusión:** Presentamos un caso inusual de una paciente en la que coexisten, de manera sincrónica, dos procesos etiológicos de una crisis adrenérgica grave. Es importante reiterar el hecho de que durante la presentación inicial de la crisis adrenérgica y, en desconocimiento del diagnóstico basal del feocromocitoma, la paciente recibió beta-bloqueadores antes que alfa-bloqueadores siendo esta terapia un claro agravante del cuadro clínico expuesto. Ante un caso similar, orientado como una intoxicación por cocaína, pero donde la clínica adrenérgica persiste por más tiempo del característico y su gravedad no parece aminorar, recomendamos realizar un diagnóstico diferencial más extenso que incluya la posibilidad de un feocromocitoma de presentación sincrónica.