



## 62 - SHOCK CARDIOGÉNICO POR MIOCARDIOPATÍA ACROMEGÁLICA

P. Rodríguez Costas<sup>1</sup>, P. Pérez Castro<sup>1</sup>, C. Páramo Fernández<sup>1</sup>, B. Mantiñán Gil<sup>1</sup> y M. Melendo Viu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

### Resumen

**Caso clínico:** Nuestro caso clínico versa sobre un paciente de 38 años con padre con MCD y sin antecedentes personales, salvo padre con MCD sin estudio cosegregación, que debuta con *shock* cardiogénico precisando rápida escalada de soporte: inotrópicos, balón de contrapulsación para traslado y finalmente ECMO venoarterial al llegar a nuestro centro. Destaca fenotipo compatible con acromegalia (turricefalia, prognatismo, talla alta) e hiperaldosteronismo durante los primeros días de ingreso en UCI. Mejoría progresiva con inicio de bloqueo neurohormonal, especialmente de las alteraciones analíticas con la introducción de la eplerenona, que requirió ingreso en UCI posiblemente secundario a miocardiopatía dilatada previa no estudiada. Se realizaron ecocardiogramas seriados, cateterismo cardiaco y resonancia magnética (RMN) RM cardiaca que mostraron coronarias sin lesiones descartaron lesiones coronarias, zonas de realce o de edema confirmando FEVI < 30% sin valvulopatías. Durante en ingreso, teniendo en cuenta el fenotipo acromegálico del paciente: alteraciones morfológicas craneales (turricefalia); aumento de arcada supraciliar, prognatismo, maloclusión, diastema, macroglosia, aumento del pliegue cutáneo y manos típicas; se solicitó estudio hormonal de IGF1 que resultó elevada, siendo por tanto diagnosticado de acromegalia. Se solicitó RMN hipofisaria que mostró macroadenoma hipofisario productor de GH con expansión predominante infraselar, confirmando el diagnóstico. Dos meses post alta, normalizó FEVI y péptidos natriuréticos, permitiendo titular la dosis de octreótido con vistas a la intervención quirúrgica (extirpación o la destrucción del adenoma responsable).

**Discusión:** La sospecha clínica resulta fundamental, siendo la exhaustiva exploración física la clave. La evolución fue favorable con tratamiento convencional, pudiendo iniciarse octreótido con vistas al tratamiento definitivo.