

25. Miocardiopatía catecolaminérgica asociada a feocromocitoma

María José Arocena¹

Paula Farachio¹

Andrés Rener¹

Jorge De Paula¹

Raúl Mariano¹

Fernando Kuster¹

¹Servicio Médico Integral

Resumen

Historia clínica: sexo femenino, 29 años. Sana. Desde hace 18 meses, episodios de opresión torácica intensa, sin relación con el esfuerzo, acompañados de síndrome neurovegetativo (SNV) de 2-15 min de duración que ceden espontáneamente. Se presentan luego como episodios de cefalea intensa que irradia a dorso y SNV. Inicialmente uno por semana, luego 2-5 día. Consulta por dolor precordial de gran intensidad, en reposo, punzante, irradiado a dorso y luego localizado a dicho nivel, con SNV. Examen físico: lúcida, nauseosa, dolorida. Eupneica. Ritmo regular 140 cpm. PA 220/110 mmHg. Cardiovascular: ruidos normales. Pulso sincrónico en cuatro miembros. Pleuropulmonar: buena dinámica ventilatoria. ECG: taquicardia sinusal, onda T invertida V1. Radiografía de tórax y paraclínica humoral normales, troponinas negativas.

Pruebas complementarias: angiotomografía descarta síndrome aórtico agudo; en topografía suprarrenal izquierda, masa homogénea de 39 mm de diámetro mayor. ETT: aquinesia medio-apical antero-septal. Hipoquinesia lateral e ínfero-apical. Contractilidad conservada en segmentos basales. FEVI 38%. ECG: onda T invertida en pared antero-lateral. CACG sin lesiones.

Evolución clínica: tratamiento con alfa y BB con buena respuesta. ETT a los 3 días: hipoquinesia medio-apical antero-septo-lateral y látero-apical. FEVI 42%. Metanefrinas y normetanefrinas en orina positivas. Se coordina adrenalectomía izquierda por vía laparoscópica, con preparación preoperatoria con alfa y BB. Anatomía patológica e inmunohistoquímica compatibles con feocromocitoma. ETT en diferido sin alteraciones sectoriales, FEVI 60%. ECG: reversión completa de las alteraciones en la repolarización. Buena evolución posterior.

Diagnóstico: miocardiopatía catecolaminérgica e HA secundaria a feocromocitoma.

Discusión: el feocromocitoma es un tumor secretor de catecolaminas. El 50% de los pacientes presentan síntomas paroxísticos, siendo la tríada clásica cefalea, sudoración y

palpitaciones. El diagnóstico se basa en la confirmación bioquímica de hipersecreción catecolaminérgica y un estudio de imagen compatible. Tratamiento: control de la HA con alfa y BB, y extirpación quirúrgica del tumor. Dentro de los tipos de miocardiopatía catecolaminérgica se destacan el síndrome de takotsubo y el feocromocitoma. La ausencia de lesiones coronarias es un requerimiento diagnóstico. El exceso de catecolaminas genera alteraciones de la contractilidad, más frecuentemente hipoquinesia apical con hiperquinesia basal, potencialmente reversibles.