

Síndrome de Takotsubo associada a Feocromocitoma

40° CONGRESSO SOCERJ2023
19 A 21 ABRIL | 2023



Guilherme Amorim, Eduardo Micmacher, Ana Carolina Pacheco, Clara Canale, Luiz Turazzi, Walter Cavallieri, Isabela Di Puglia, Ana Cristina Figueiredo



CARDIOLOGIA DOR

INSTITUTO DOR
PESQUISA E ENSINO

INTRODUÇÃO :

Feocromocitoma pode ser a casusa da síndrome de Takotsubo(1). Objetiva-se alertar para tal possibilidade. A suspeita precoce pode impactar na condução da insuficiência cardíaca aguda.

Relato de Caso :

F.C.S.S , Fem. 40 anos. Apresentou vertigem, náuseas e vômitos , após ter passado longo período em piscina com água gelada, durante a gravação de material publicitário. Após ser retirada da água, passou a ter dor precordial de forte intensidade, associada a pico hipertensivo (PAS 200);

HPP : Dislipidemia leve , uso de Rosuvastatina (5 mg)

Familiar/ Social : Casada , 2 filhos saudáveis , nega uso de drogas, nega tabagismo ; Dieta saudável ; Stress emocional.

Obs : o evento ocorreu em Julho/2021 - a paciente fora vacinada para covid-19 (mRNA), aprox. 7 antes da internação.

Ex. físico de admissão : Normocorada , hidratada , acianótica, anictérica; Apresentava tremores/calafrios . PA : 180x100 FC 86 Tax 36.0 . RCR s/sopros , bnf . Ausculta pulmonar normal . Ex físico abdominal normal . MMII sem edemas , panturrilhas flácidas . Pulsos centrais e periféricos de amplitudes normais

ECG admissão : sem alterações de nota . **ECG aprox. 15 minutos após :** infra-desnivel de ST em parede anterior.

Laboratório de admissão: troponina elevada de forma importante. Função renal normal , hemograma normal , sem alteração de parâmetros inflamatórios.

Coronariografia de urgência : coronárias normais ; Ventriculografia com hipercinesia de ponta e hipocinesia em base. Disfunção moderada de VE.

Hipótese diagnóstica : síndrome de takotsubo (padrão invertido).

Plano : controle pressórico e vigilância hemodinâmica, início de betabloqueador oral

Evolução inicial com rápida deterioração clínica e hemodinâmica : Em aprox.12 horas de internação, apresentou taquicardia e hipertensão importantes, associadas a rubor facial. Quadro refratário a uso de metoprolol venoso e nitroprussiato; Evoluiu para edema agudo de pulmão, choque cardiogênico, febre(hipertermia); Intubação e ventilação mecânica, necessidade de dobutamina(ecocardiograma passou a mostrar disfunção grave de VE e hipocinesia difusa) . Monitorização hemodinâmica invasiva (Swan-ganz) : padrão de choque cardiogênico

Hipótese diagnóstica muda temporariamente para miocardite fulminante : Rápida degradação da função ventricular + SIRS + dose recente de vacina covid. Feito ciclo de corticoide venoso. Cirurgia cardíaca de sobre aviso para suporte circulatório mecânico. Há no entanto estabilização hemodinâmica e RM cardíaca excluiu miocardite.

O diagnóstico de feocromocitoma : Por manutenção de febre e parâmetros inflamatórios elevados , foram feitas tomografias buscando possível foco infeccioso; Foi evidenciado nódulo em adrenal a direita. Exames laboratoriais subsequentes , RM abdome e cintilografia MIBG confirmaram a hipótese de feocromocitoma . O uso de betabloqueador foi então suspenso. A paciente evolui, em aprox. 1 semana , com melhora clínica , normalização de ecocardiograma, extubação e alta hospitalar. Realizou posteriormente, adrenalectomia, sem intercorrências.

Discussão:

A suspeita clínica de feocromocitoma no momento de uma síndrome de insuficiência cardíaca aguda por Takotsubo é difícil e o uso de betabloqueador pode ter agravado inicialmente o quadro. No caso em questão : O padrão de acometimento basal (takotsubo invertido)(2) , o rubor facial , a taquicardia intensa e o pico hipertensivo poderiam ter levantada a suspeita diagnóstica antes dos exames de imagem.

Conclusão:

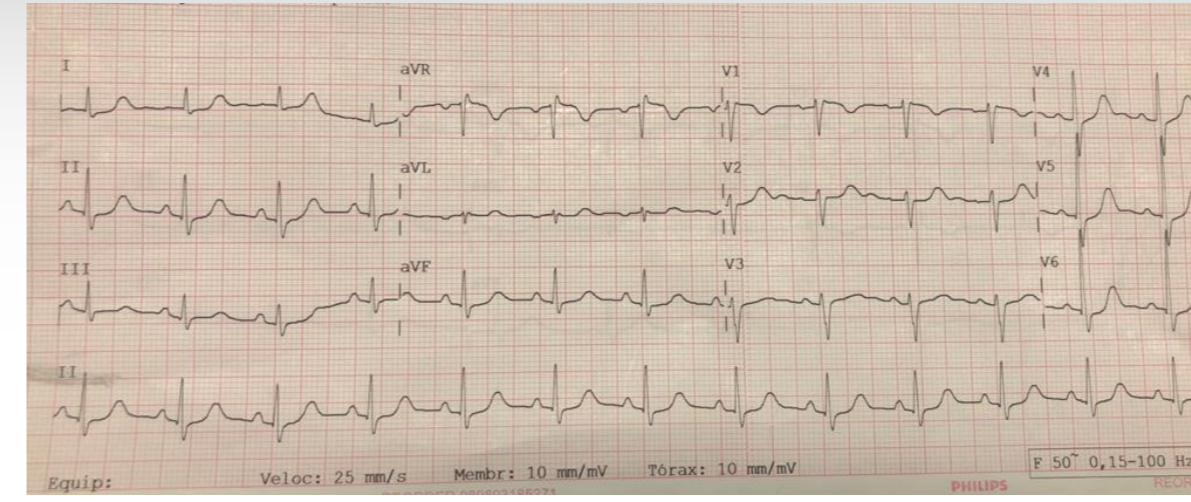
Síndrome de Takotsubo induzida por feocromocitoma é condição rara, mas que pode levar a quadro clínico dramático. Portanto, devemos estar atentos aos sinais clínicos que sugiram tal diagnóstico, durante a apresentação de uma síndrome de insuficiência cardíaca aguda.

Referências bibliográficas :

1) Ghadri JR, Wittstein IS, Prasad A, et al. International expert consensus document on Takotsubo syndrome (part I): clinical characteristics,diagnostic criteria, and pathophysiology. Eur Heart J 2018;39:2032–46

2) Pheocromocytoma-induced Takotsubo Syndrome treated with extracorporeal membrane oxygenation ; JACC: Case Reports, Volume 1, Issue 2, August 2019, Pages 85-90 Omid Kiamanesh, Erik N. Vu, Douglas L. Webber, Edgar Lau, Jordanna E. Kapeluto, Heather Stuart, David A. Wood, Graham C. Wong

1º ECG .



2º ECG – 15 min após o 1º .

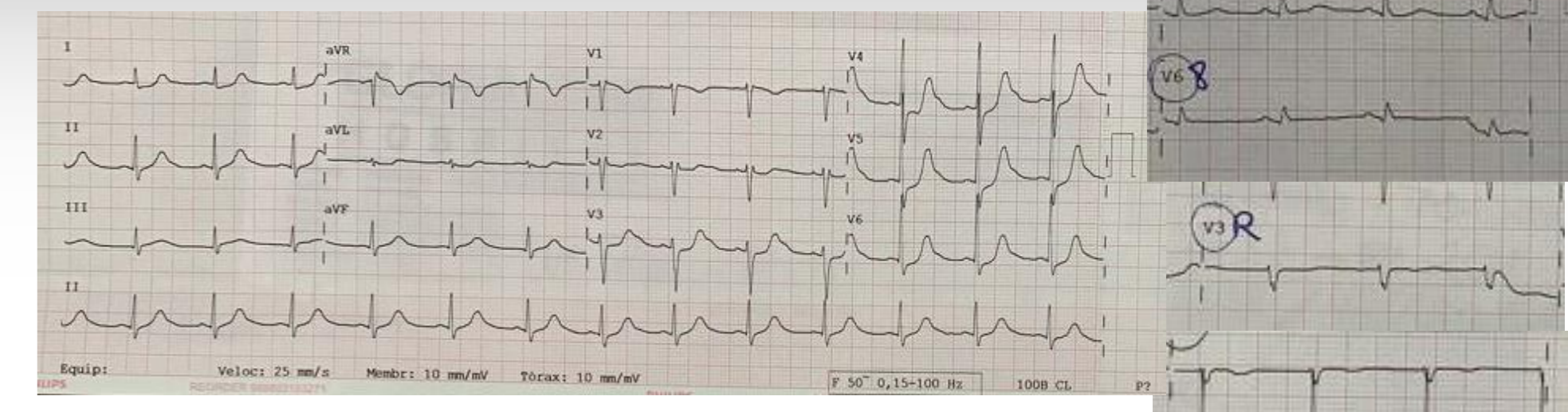


Fig 1. : Eletrocardiograma de admissão e 15 minutos após.

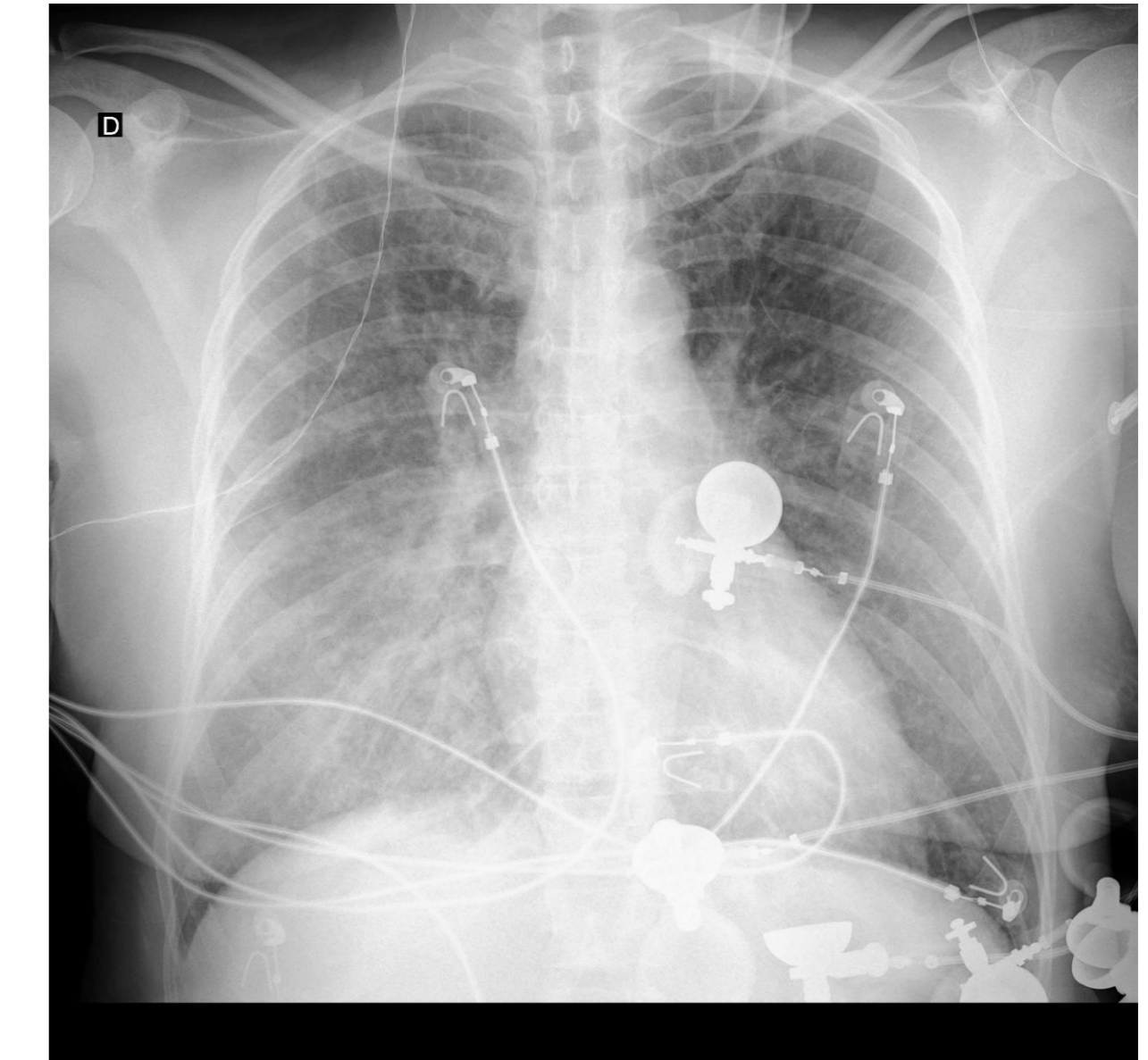
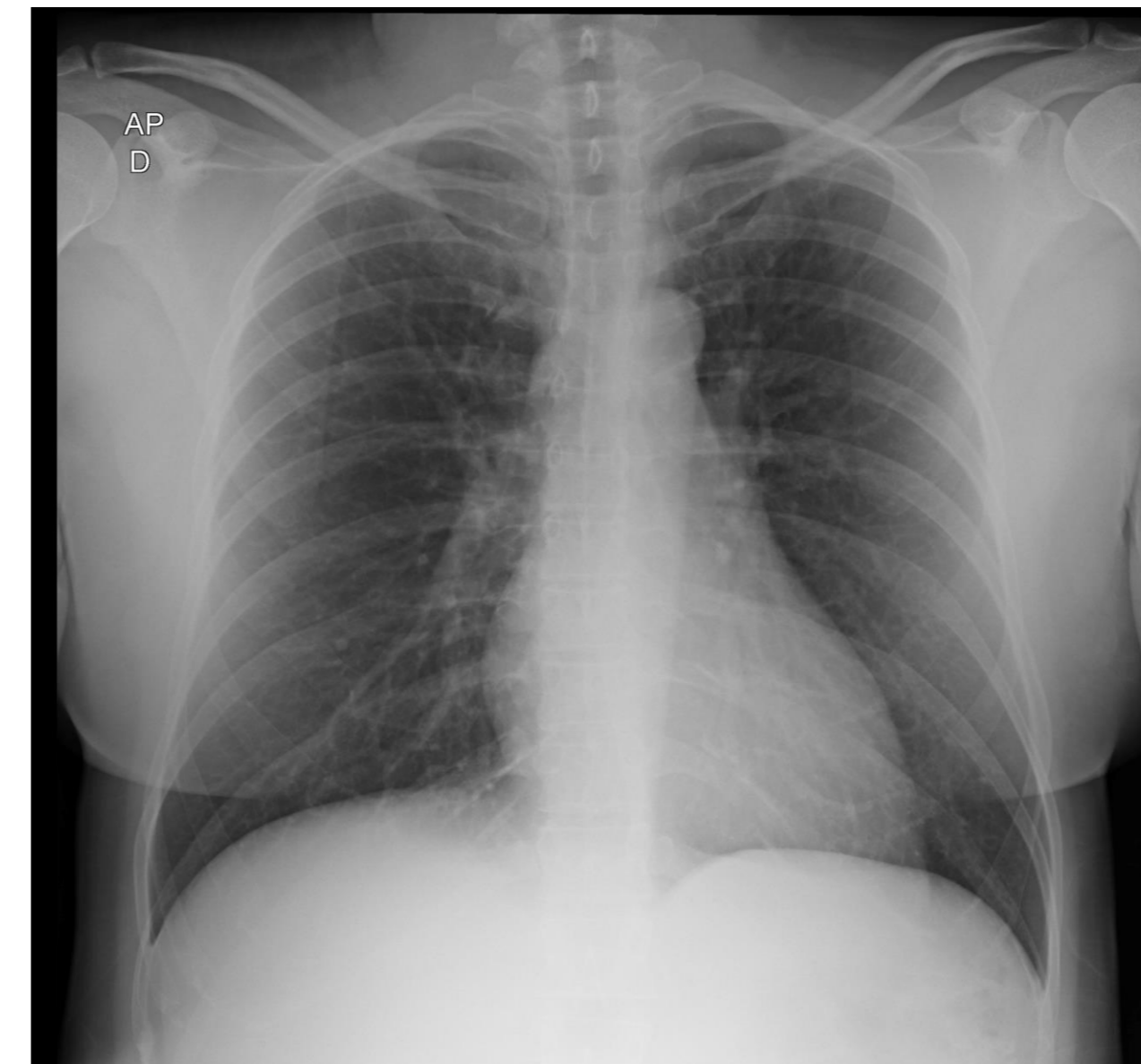


Fig 2. : Radiografia de tórax mostrando rápida evolução congestão pulmonar e edema agudo de pulmão . Esquerda : Admissão . Direita : aprox. 12 horas de evolução

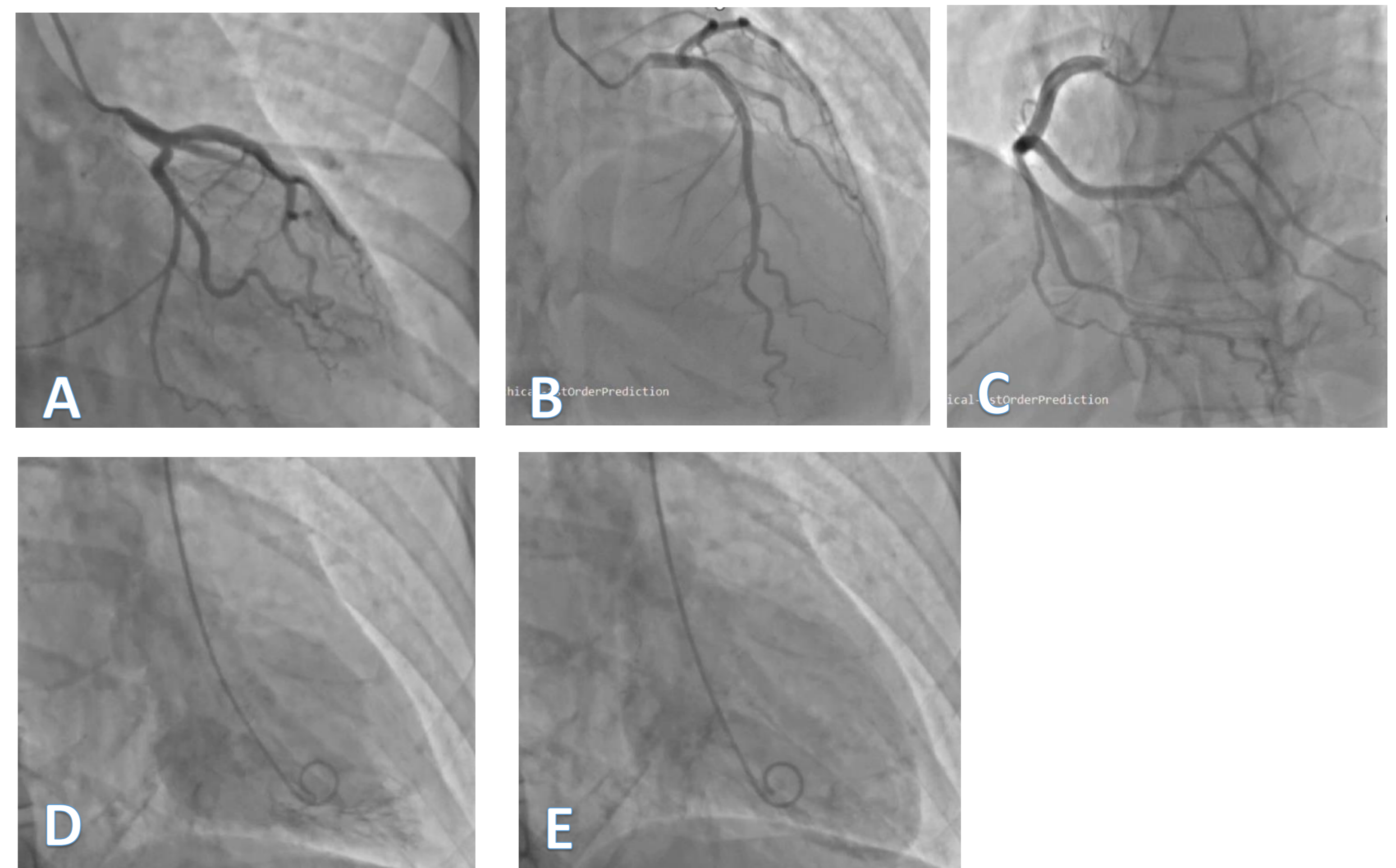


Fig 3. : Coronariografia mostrando coronárias normais (A – Circunflexa , B – Descendente anterior e tronco de coronária esquerda, C – Coronária direita) ; Ventriculografia mostrando aumento e disfunção de ventrículo esquerdo, com acinesia em base (D – sístole , E- Diástole)

	D1(admissão)	D2	D3	D4
Leucócitos / Bastões	17500 / 5%	21.100 / 10 %	14.000 / 6%	17500 / 8%
Hto/ Hb / Plaquetas	42% / 14.6 / 402 mil	40% / 13.9 / 381 mil	40% / 14.0 / 230 mil	35% / 11.9 / 160 mil
PCR (ref. 0,5)	0.8	2.9	7.7	14.7
Uréia/Creatinina	17 / 0.7	19/ 0.8	71 / 0.6	64 / 0.7
Troponina HS (Ref < 0.11)	1ª) 401 2ª) 1516	6187	4350	
Gasometria	Sem acidose , lac : 3.8 mmol/l	Lactatos : 3.5 – 2.8 – 2.1	Lactatos 2.1 – 1.4 – 1.4	Lactatos Normais
Função hepática		Normal	Normal	Normal
Procalcitonina				0.19

Fig 4 : Evolução laboratorial

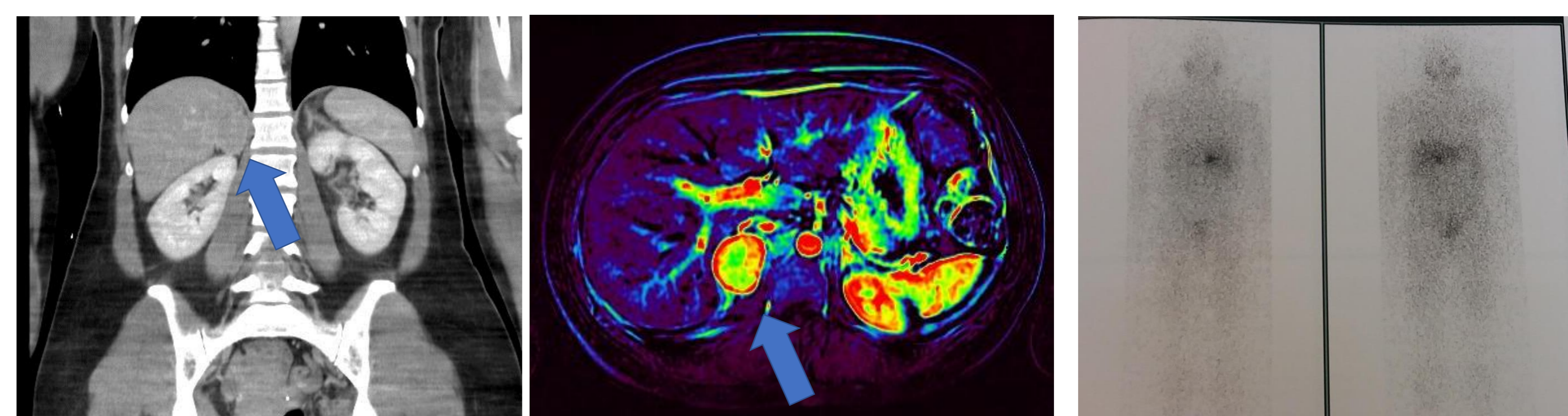


Fig 5 : TC abdome (A) , RM abdome c/ mapa de perfusão (B) e cintilografia MIBG (C) evidenciando o nódulo em supra-renal direita.

METANEFRINAS FRACIONADAS, DOSAGEM		CATECOLAMINAS FRACIONADAS, DOSAGEM		METANEFRINAS FRACIONADAS, DOSAGEM:	
Material: Urina 24h		Material: PLASMA EDTA		Material: Plasma EDTA	
Método : Cromatografia líquida - HPLC		Método : HPLC COM DETECÇÃO ELETRÓQUÍMICA		Método: Cromatografia líquida / Espectrometria de massas em tandem	
METANEFRINAS TOTAIS	Superior a 5000 µg µg/24 horas	NORADRENALINA:	628,3 ng/L	METANEFRINAS ...:	8.2 nmol/L
METANEFRINA:	4.4408,0 µg/24 horas	ADRENALINA:	3153,44 ng/L	NORMETANEFRINAS:	2.8 nmol/L
NORMETANEFRINA:	1.252,0 µg/24 horas	DOPAMINA:	4121,47 ng/L		
Volume:	1.400 mL				
		Valores de Referência:		Valores de Referência:	
		Noradrenalina: Até 420 ng/L		Metanefrina: inferior a 0,5 nmol/L	
		Adrenalina : Até 84 ng/L		Normetanefrina: inferior a 0,9 nmol/L	
		Dopamina : Até 85 ng/L			

Fig 6 : Aumento expressivo de catecolaminas e metanefrinas plasmáticas e urinárias