

Uma Outra Causa de Choque Cardiogênico

Another Cause of Acute Cardiogenic Shock

Gonçalo Morgado,¹ Filipe Gonzalez,¹ Ana Alves Oliveira,¹ Antero Fernandes¹

Hospital Garcia de Orta,¹ Almada – Portugal

Caso Clínico

Uma mulher de 64 anos com histórico de diabetes e hipertensão foi admitida no pronto-socorro com dispneia aguda e dor torácica. O exame físico revelou hipertensão, taquicardia sinusal (150 bpm), edema agudo de pulmão e má perfusão das extremidades. No contexto de insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica, ela necessitou de ventilação mecânica invasiva. Os exames de sangue mostraram níveis aumentados de troponina T de alta sensibilidade (hsTnT), elevando-se de 800 para 1600 ng/L, enquanto o ECG mostrou má progressão da onda R e bloqueio incompleto do ramo direito. O ecocardiograma revelou ventrículo esquerdo hipertrofiado, com disfunção sistólica grave e segmentos apical e médio acinéticos. Considerando a possibilidade de síndrome coronariana aguda, a paciente foi encaminhada para angiografia coronária emergente, que revelou artérias coronárias normais. Foi internada em unidade de terapia intensiva com diagnóstico presumido de cardiomiopatia de Takotsubo. Durante o resto do dia, ela apresentou pressão arterial flutuante e necessitou de níveis elevados de pressão positiva expiratória final devido a edema pulmonar. Apesar de uma aparente evolução favorável, ela subitamente desenvolveu assistolia, mostrando-se refratária aos esforços de ressuscitação, e morreu menos de 24 horas após a hospitalização.

Exame pós-morte

O exame macroscópico revelou: miocárdio com parede anterolateral hiperêmica frouxa, sugestivo de infarto do miocárdio; derrame pericárdico leve; congestão pulmonar

Palavras-chave

Cardiomiopatia de Takotsubo/complicações; Insuficiência Cardíaca; Feocromocitoma; Insuficiência Respiratória; Choque Cardiogênico.

Correspondência: Gonçalo Morgado •

Hospital Garcia de Orta - Av. Torrado da Silva, 2805-267, Almada – Portugal
E-mail: gjmorgado@outlook.com

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.9453>

bilateral com hepatização dos lobos pulmonares basais; massa retroperitoneal esquerda, com 10x7x5 cm, com aspecto cístico e núcleo necrótico, localizada acima do rim esquerdo.

O exame microscópico revelou: miocárdio necrótico com infiltrado inflamatório (Figura 1A), sem evidência de doença arterial coronariana; pulmões com edema alveolar extenso e congestão vascular passiva; tumor da glândula adrenal esquerda, consistente com feocromocitoma (Figura 1B), com hemorragia intratumoral e necrose.

Diagnóstico anatomopatológico: feocromocitoma adrenal esquerdo; cardiomiopatia induzida por catecolamina; edema pulmonar agudo.

Comentários

Nesse caso, a paciente desenvolveu disfunção ventricular progressiva no contexto de cardiomiopatia por estresse, levando a baixo débito cardíaco e choque cardiogênico. O exame patológico revelou a presença de um feocromocitoma. Essa rara neoplasia tem sido descrita na literatura como uma possível causa de cardiomiopatia por estresse devido ao excesso de catecolaminas circulantes, causando insuficiência cardíaca aguda¹ ou choque cardiogênico.²

Revisões da literatura contemporânea encontraram uma maior taxa de complicações para cardiomiopatia por estresse induzida por feocromocitoma quando comparada à cardiomiopatia de Takotsubo idiopática.

Pacientes com feocromocitoma são mais propensos a desenvolver choque cardiogênico (34,2% vs. 4,2%)³ e menos propensos a recuperar a função ventricular esquerda no seguimento (40,8% vs. 64,9%).⁴ Nesses pacientes, o suporte circulatório com oxigenação por membrana extracorpórea foi considerado viável, mas ainda está associado a uma taxa de mortalidade significativa.⁵

Esse caso é um lembrete de que o feocromocitoma deve fazer parte do diagnóstico diferencial no contexto da cardiomiopatia por estresse, particularmente em pacientes que apresentam choque cardiogênico.

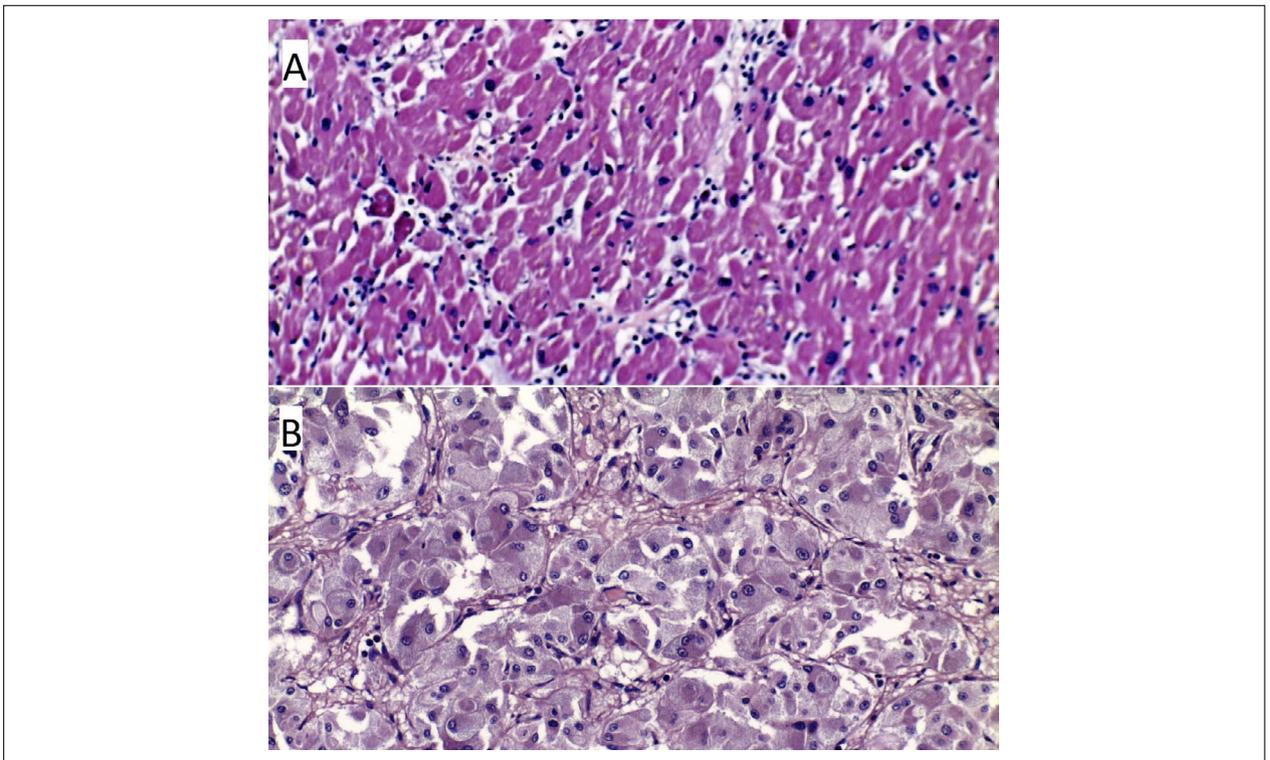


Figura 1 – A) Amostra histopatológica do coração, coloração hematoxilina e eosina: miocárdio necrótico com infiltrado de células inflamatórias. B) Amostra histopatológica de massa friável adjacente à glândula adrenal esquerda, coloração hematoxilina e eosina: ninhos de células cromafim tumorais, com numerosos grânulos ligados à membrana, cercados por estroma fibrovascular.

Referências

1. Chiang YL, Chen PC, Lee CC, Chua SK. Adrenal pheochromocytoma presenting with Takotsubo-pattern cardiomyopathy and acute heart failure: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95(36):e4846.
2. Wu G Y, Doshi A A, Haas G J. (2007). Pheochromocytoma induced cardiogenic shock with rapid recovery of ventricular function. *Eur J Heart Fail*. 2007;9(2):212-4.
3. Agarwal V, Kant G, Hans N, Messerli FH. Takotsubo-like cardiomyopathy in pheochromocytoma. *Int J Cardiol*. 2011;153(3):241-8.
4. Batisse-Lignier M, Pereira B, Motreff P, Pierrard R, Burnot C, Vorilhon C, et al. Acute and Chronic Pheochromocytoma-Induced Cardiomyopathies: Different Prognoses?: A Systematic Analytical Review. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(50):e2198.
5. Hekimian G, Kharcha F, Bréchet N, Schmidt M, Ghander C, Lebreton G, et al. Extracorporeal membrane oxygenation for pheochromocytoma-induced cardiogenic shock. *Ann Intensive Care*. 2016;6(1):117.

