

FEOCROMOCITOMA EN EL EMBARAZO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CON UN DESENLACE FATAL

Autores: Mirta Garcia Jardon¹; Ernesto Blanco Blanco², Mana Lungisa Mdaka³, Stepien, A⁴

^{1, 4} Anatomía Patológica, Departamento de Patología, Universidad "Walter Sisulu", África del Sur, ²Laboratorio Clínico; Jefe de Departamento de Patología, Universidad "Walter Sisulu", África del Sur; ³ Ginecología y Obstetricia, Hospital Académico "Nelson Mandela"

mirta@tiscali.co.za

Resumen:

Introducción: La hipertensión es una de las complicaciones más comunes en el embarazo en la región del Cabo del Este y en todo el mundo; mientras que el feocromocitoma es una neoplasia relativamente poco frecuente en general.

Objetivos: Este trabajo presenta la asociación poco frecuente de ambas: embarazo y feocromocitoma, con resultados fatales.

Materiales y métodos: Se revisó la breve historia clínica de la fallecida y se obtuvieron los datos demográficos y los datos clínicos más importantes.

Resultados: La hipertensión se diagnosticó y trató clínicamente como "asociada al embarazo" y en ningún momento se llegó a sospechar la causa de la misma.

Conclusiones: El feocromocitoma debe considerarse durante el embarazo en caso de hipertensiones malignas, refractarias al tratamiento.

Introducción: La hipertensión arterial es una de las complicaciones más comunes en el embarazo a nivel mundial^{1, 2}. Por otra parte, el feocromocitoma es una neoplasia muy poco común en general³, mucho menos durante el embarazo⁴. Cuando el feocromocitoma se diagnostica antes del embarazo y el parto; la mortalidad materna y fetal puede reducirse; y la resección del tumor y operación la cesárea disminuirían la tasa de mortalidad⁴. La incidencia de feocromocitoma durante el embarazo de más de 1 000 54 pregnancies⁵. En un país donde la hipertensión inducida por el embarazo tiene

una incidencia tan una incidencia muy alta como África del Sur; la posibilidad de tiene una incidencia tan elevada, puede pasarse por alto su diagnóstico a menos que se sospeche⁶; y los intentos de disminuir la hipertensión arterial puede conducir a desenlaces fatales. Este trabajo presenta los resultados de la autopsia en una muerte materna con diagnóstico clínico de eclampsia inminente.

Objetivos: Compartir con la comunidad virtual un caso de muerte materna evitable, que demuestra la importancia de la detección precoz y seguimiento de mujeres embarazadas.

Materiales y métodos: Se revisó la historia clínica de la fallecida y se seleccionaron los datos clínicos y resultados de pruebas diagnósticas más importantes. Se revisó además la bibliografía sobre el tema para conocer la relación entre el feocromocitoma y el embarazo.

Presentacion de caso y discusión: Primigrávida de 16 años con 26 semanas de edad gestacional que se remitió al Hospital Académico "Nelson Mandela" con el diagnóstico clínico de eclampsia inminente. Los registros prenatales mostraron una presión arterial de 180/106 mmHg, tratada en su centro de salud con metildopa y se aconsejó que regresara al día siguiente por seguimiento a su, y el seguimiento de le aconsejó día siguiente. El paciente regresó 20 días después de la misma clínica persistente con fuerte dolor de cabeza, visión borrosa y vómitos. En la evaluación, su BP en este punto era 230/170 mmHg. Ella fue derivada a un hospital de nivel 1 después de la aplicación de medidas de emergencia, con una edad gestacional estimada de 26,3 semanas en la ecografía. A su llegada, el paciente fue tratado como preeclampsia grave y se puso el sulfato de magnesio, nifedipina y Aldomet durante 10 días, sin respuesta. Debido a la alta presión arterial sostenida fluctuando entre 240/160 mmHg y 111/57 mmHg, y una proteinuria 4+, ella se refirió a Nelson Mandela Hospital Académico (NMAH). A su llegada a NMAH: la presión arterial fue de 186/120 mmHg. Se hizo una evaluación obstétrica de eclampsia inminente, y se trató con dosis altas de sulfato de magnesio con 20 mg de nifedipina para empezar, y se decidió interrumpir el embarazo por inducción, utilizando misoprostol intravaginal. La inducción falló después de 48 horas y el grupo de trabajo decidió realizar una operación cesárea. Durante la misma, se obtuvo un bebé varón, inmaduro, de 950g con un Apgar de 5/10, 6/10 y 7/10.

El día 1 post-parto, la presión arterial seguía estando sumamente descontrolada, oscilando entre 211/129 a 61/39 mmHg con una taquicardia paroxística de hasta 180 latidos por minuto a pesar de los antihipertensivos. Se cambió el tratamiento para verapamilo IV, propanolol y furosemida en vano. La presión arterial a veces era no detectable hasta 3 horas. Se intubó y trasladó a la UCI donde presentó un paro cardio respiratorio en el día 4 post-C / S, certificándose su defunción, solicitándose una autopsia clínica, cuyos resultados se presentan. Durante el embarazo se reconocen cuatro formas de hipertension arterial (gravídica, gestacional; la pre-eclampsia, la crónica y la superposicion de la pre-eclampsia a la hipertension crónica).

El feocromocitoma es un tumor de células cromafines que produce elevada concentración de catecolaminas y crisis hipertensivas. Durante el embarazo es poco frecuente. El diagnóstico diferencial debe realizarse, principalmente, con hipertensión inducida por la gestación. La mejor forma de diagnosticar el feocromocitoma es sospecharlo. El reto consiste en diferenciar la pre eclampsia de la crisis hipertensiva de un feocromocitoma cuando se diagnostica.

Nosotros eludimos el diagnóstico del feocromocitoma en nuestro caso, y solamente se diagnosticó mediante la autopsia. La morbilidad y morir de madre y feto si son elevadas de muy no se sospecha el diagnóstico.

Una actualización muy buena sobre el feocromocitoma, sus formas especiales y los efectos devastadores que puede causar en quienes lo sufren fue realizada por Tebar Maso y Rodríguez Gonzalez⁵ quienes mencionaron, además del feocromocitoma familiar y el esporádico, los síndromes familiares, el feocromocitoma maligno, el feocromocitoma en niños y el feocromocitoma durante el embarazo. Actualmente se reconoce el feocromocitoma como una amenaza potencial si se asocia al embarazo⁵ y hasta se han reportado tipos especiales de cardiomiopatía secundaria al feocromocitoma⁶. Sananes y cols³ describieron cuatro formas diferentes de hipertensión arterial relacionadas con el embarazo: la gravídica o gestacional, la pre-eclampsia, la crónica, que es la menos común con solo 1% de asociación en su estudio y la más frecuente, la pre-eclampsia sobreañadida a la hipertensión arterial crónica, posiblemente la más frecuente y peligrosa. En nuestra paciente no se encontró cardiomiopatía, ni se obtuvo historia anterior de crisis hipertensiva, quizás por la corta

edad de la paciente, que resultó ser una primigrávida extremadamente joven (16 años). Este trabajo alerta a pensar y descartar

Conclusiones: Debe considerarse y descartarse otras causas secundarias de hipertensión arterial durante el embarazo, además de la hipertensión asociada al mismo, si la hipertensión arterial es refractaria al tratamiento usual; particularmente en primigrávidas jóvenes.

Bibliografía:

- 1) Merlos-Gutiérrez AL, Martínez-García M, Pérez-Martínez A, Chávez-Martínez S, Sereno-Coló JA: Feocromocitoma y embarazo. Reporte de un caso. Revista de Ginecología y Obstetricia de México, 83(11): 735-42, 2015 disponible en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=61877> y en PDF
- 2) Torres-Courchoud, I; Alastrue-del Castaño, V; Cebollada-del Hoyo, J; y Bielsa-Rodrigo, M: [Hipertensión arterial durante el embarazo: ¿siempre preeclampsia?](#) [Hipertensión y Riesgo Vascular](#) (in press). Disponible online desde el 27 April 2016.
- 3) Sananes, N; Gaudineau, A y Akladios, CY y cols: Hipertensión arterial y embarazo. EMC - Ginecología-Obstetricia 52(2):1-15; Junio 2016. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X16778829>
- 4) Gesualdo Bufalino, Rafael Cortés Charry, Héctor Sosa, Francisco Yaremenko: Feocromocitoma asociado con embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez v.67 n.3 Caracas sep. 2007. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000300010 **Accedido el 15 se agosto 2016**
- 5) Tebar Maso y Rodríguez Gonzalez: Feocromocitoma: Actualizacion. Medicine. 10(15):997-1005, 2008. Disponible en <http://banzai-deim.urv.cat/MedicalTest/Guides/MEDICINE%20997.pdf> y accedido el 15 septiembre 2016
- 6) Carlos Sanabria, Marina Vendrell: Severe cardiomyopathy secondary to pheochromocytoma: Usefulness of magnesium sulfate. Case report. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 44(1):58-62, January–March 2016.

Anexos:

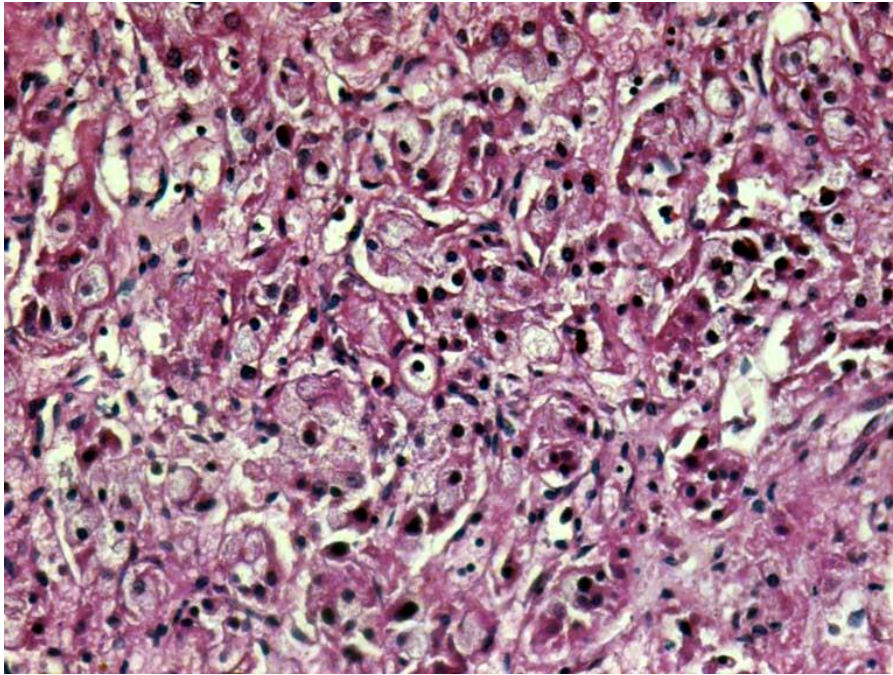


Figura 1: Imagen original del caso reportado HE/10X