SOPORTE VITAL EXTRACORPOREO EN UN CASO DE FEOCROMOCITOMA ACCIDENTADO Y EN CRISIS, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Rodrigo Ulloa-Morrison[1], Bunio Weissglas-Orellana[2], Lissete Cuadra-Montecino[1], Sara Echeverria-Delgado[1], Albert Burnier-Caceres[3], Maritza Atkinson-Altamirano[3], David Kraunik-Rodriguez[1]

1. Unidad de Paciente Crítico del Hospital Las Higueras de Talcahuano
2. Residente de Medicina Interna, Universidad de Concepción
3. Endocrinologia, Hospital Las Higueras de Talcahuano

Con antecedentes de Neurofibromatosis tipo 1, consulta por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo y vómitos.

EN SU:
HTA severa (180/120), taquicardia (130 lpm), moteada, hiperlactatemia, leucocitosis, poliglobulia, hiperglicemia y AKI.

TC:
gran masa suprarrenal izquierda hipervascular compatible con feocromocitoma con necrosis central. Se inicia empíricamente ceftriaxona/metronidazol y se traslada a UPC.

EN UCI:
hiperadrenergia inicial, manejo con bloqueo alfa y beta pero con evolución a disfunción circulatoria y síndrome de Tako-Tsubo. Ascenso progresivo de noradrenalina y Milrinona siendo necesario IOT. Tormenta catecolaminérgica por feocromocitoma, asociada a hipoperfusión severa, con mala respuesta a drogas vasoactivas. Sospechandose feocomocitoma accidentado, crisis de feocromocitoma grave y falla cardiaca se decide ECLS VA el mismo día de ingreso, lográndose rápido descenso de DVA. TC cerebral evidencia múltiples infartos isquémicos agudos “en lluvia embólica”. Se pre-condiciona con esquema abreviado de bloqueo alfa y posterior beta programándose cirugía al día siguiente. Suprarrenalectomía izquierda bajo soporte ECLS, presenta tras la resección tumoral presenta hipotensión con incremento transitorio del soporte para luego estabilizarse hemodinámicamente. Mas tarde AngioTC aórtico sugiere trombos en aorta torácica distal a la subclavia izquierda; posibles sitios de embolia. TC de control sin transformación hemorrágica por lo que se autoriza anticoagulación. Evoluciona favorablemente lográndose decanulación de ECLS al 5to día y se logra extubación el 7mo día. Eventos aislados de HTA y taquicardia se controlan con alfa-bloqueo y beta-bloqueo, sin nuevas crisis adrenérgicas. En diferido biopsia de pieza quirúrgica confirma feocromocitoma. Se da de alta de UPC el día 28vo, continuando rehabilitación neurológica por hemiparesia braquio-crural derecha en sala básica y ambulatoriamente. La constelación clínica (HTA ? 180/120 con taquicardia, hiperglicemia, AKI, masa suprarrenal hipervascular y disfunción miocárdica tipo Takotsubo) obliga a sospechar feocromocitoma en shock cardiogénico y a priorizar confirmación bioquímica cuando sea factible, sin demorar el soporte vital ni la resección definitiva. Una serie multicéntrica de muestra patrón TTS atípico, VIS elevados y evolución favorable tras estabilización y cirugía, con FEVI ?55% al alta y baja mortalidad, apoyando un curso potencialmente reversible (“bridge-to-recovery/bridge-to-surgery”). En crisis catecolaminérgica, el manejo debe privilegiar alfa-bloqueo previo al beta-bloqueo, evitar fármacos potencialmente deletéreos, y adaptar la estrategia a la disponibilidad local. Cuando el shock es refractario a DVA, ECMO-VA permite revertir hipoperfusión, limitar la toxicidad catecolamínica y llevar a adrenalectomía en diferido o bajo soporte, con supervivencia hospitalaria ?87% y recuperación sistólica en la mayoría. Casos contemporáneos refuerzan su rol como puente. Tras la resección, vigilar hipotensión/hipoglicemia y continuar seguimiento endocrinológico de acuerdo con guías.