

19

FEOCROMOCITOMA Y EMBARAZO. PRESENTACION DE UN CASO

Raúl Norero C.*, Gustavo Benítez P.*, Antonio París P.***, Julio Quintero O.***, Rodrigo Machuca****

Palabras Claves: Feocromocitoma-embarazo

INTRODUCCION

El feocromocitoma es una rara causa de hipertensión en el embarazo. Han sido reportados 134 casos en la literatura mundial y únicamente, en 44 de estos, el diagnóstico fue hecho antes del parto. El primer caso reportado se debe a Kawashima, en 1911, y lo logró por autopsia del paciente. Kelsall y Ross hicieron el primer diagnóstico correcto durante el embarazo en 1955.

Si el diagnóstico no es hecho durante el embarazo, la mortalidad materna es del 58% y la fetal es del 55%. El diagnóstico durante el embarazo reduce la mortalidad materna a 18% y la fetal al 50%.

CASO CLINICO

Paciente femenina de 30 años de edad, quien inicia su enfermedad actual en noviembre de 1985, al sexto (6) mes de embarazo, cuando acude a control obstétrico por presentar contracciones uterinas dolorosas, palpitaciones y sudoraciones. En dicha consulta se evidencian cifras tensionales de 220/140 mm de hg., siendo hospitalizada con la impresión diagnóstica de pre-eclampsia severa y amenaza de parto prematuro. Como antecedentes personales refiere cesárea en 1981 por DFP y cólico nefrítico en diciembre de 1984. Antecedentes familiares: abuela materna diabética.

Al examen físico de ingreso, se constata una tensión arterial de 220/140 y 130 de frecuencia cardíaca, sin otras

alteraciones. La evaluación obstétrica es normal para la edad gestacional y en la evaluación por nefrología concluyen en que hay modificaciones de las cifras tensionales de tipo postural. Se inició tratamiento con furosemda, metildopa, nifedipina, hidralazina y diazepam; y en un ecosonograma practicado el 02-12-85 se evidencia una masa sólida en relación con la glándula supra-renal derecha. Ecográfica-mente el feto es de 27 semanas de gestación y la placenta es grado 0. Se plantea el diagnóstico de feocromocitoma y se inicia tratamiento con fenoxibenzamina 10 mg/VO/BID, manteniendo una tensión arterial de 150/100 mm. de Hg.

La determinación de AVM es de 31.8 en 24 horas (vn 0.7-8) y catecolaminas 4.163 mcg/4 en 24 horas (vn 275).

Se mantuvo un control obstétrico basado en ecosonogramas seriados hasta el 22-01-86, en que se encontró disminución del líquido amniótico para la edad gestacional. Se practicó amniocentesis, que reporta líquido meconial y células naranjas 41%. Paralelamente se reporta bradicardia fetal, por lo que se decide intervención de emergencia.

Se practica primero, bajo anestesia peridural, cesárea segmentaria a través de una incisión media infraumbilical, obteniéndose un recién nacido pretérmino con Apgar I al minuto. Se continúa con anestesia general con óxido nítrico, enflurano y fentanyl; se amplía la incisión hasta el cartilago xifoides y se extirpa el tumor suprarrenal derecho, sin encontrar anomalías en el resto de la cavidad abdominal.

* Instructores por concurso de la Cátedra-Servicio de "C-III" HUC. Escuela "Luis Razetti", UCV.

** Profesor asociado de la Cátedra-Servicio de Cirugía III-del Hospital Universitario de Caracas, UCV.

*** Especialista I en Cirugía General del HUC.

**** Interno de Pre-Grado del HUC.

MODIFICACIONES DE LA TENSION ARTERIAL DURANTE EL ACTO QUIRURGICO

Durante el acto quirúrgico se observó normalización de las cifras tensionales al extraer el producto del embarazo, aumento de éstas al manipular el tumor y no se modificó al palpar otro sitio de localización de feocromocitoma. Se administraron durante la intervención dos unidades de plasma fresco congelado, un frasco de albúmina humana y 2000 cc. de líquidos claros. Su evolución en el post-operatorio fue satisfactoria.

CUADRO Nº 1
MODIFICACIONES DE LA TENSION ARTERIAL DURANTE EL ACTO QUIRURGICO

	Tiempo	Tensión Arterial
Extracción del feto	0 min	150/115 mm Hg
	15 min	170/115 mm Hg
	30 min	150/115 mm Hg
Cierre del útero	60 min	120/ 90 mm Hg
Manipulación del tumor	75 min	140/110 mm Hg
Extracción del tumor	105 min	100/ 70 mm Hg
Fin de la intervención	125 min	120/ 70 mm Hg

COMENTARIOS

El feocromocitoma en el embarazo implica un gran riesgo para la madre y el feto y lo más importante para disminuirlo es hacer su diagnóstico en forma precoz.

Una paciente embarazada que manifiesta hipertensión postural, signos vasomotores congestivos o arritmias, requiere evaluación de catecolaminas y un ecosonograma abdominal de rutina. Descartar los antecedentes de feocromocitoma en la familia. Si el diagnóstico se realiza en los primeros meses, debe ser extirpado, aunque la madre corra el riesgo de abortar. Es cuestionable el hecho de mantener una terapéutica médica a lo largo del embarazo.

Si el diagnóstico se realiza en los últimos meses del embarazo, se debe instaurar una terapia con agentes alfa bloqueadores, tipo fenoxibenzamina, y, si se produce taquicardia o arritmia, se añadiría un agente beta bloqueador, tipo propranolol. Al llegar el feto a su madurez, debe

procederse a la liberación de la cavidad abdominal y al control de la presión arterial ya que éste produciría una severa crisis hipertensiva por la liberación de catecolaminas. En el mismo tiempo debe extirparse el tumor y revisar el resto de la cavidad abdominal.

Después de la intervención quirúrgica se debe hacer un seguimiento del paciente con cuantificación de catecolaminas y AVM en orina de 24 horas.

RESUMEN

Se presenta un caso de feocromocitoma diagnosticado durante el embarazo, su control y evolución hasta la resolución quirúrgica del embarazo y el tumor. Se hace una revisión de la literatura y recomendaciones para el manejo de estos casos.

SUMMARY

One (1) case of feocromocitoma and pregnancy was described, the signs, symptoms and treatment are also described.

REFERENCIAS

- 1.- Barzel, U.S.; Barlilan, Z.; Rummey G.; Lazebnik, Y. and Devries, A.: Pheochromocytoma and pregnancy. Am J Obstet and Gynec. 1964 89: 519.
- 2.- Bsteh, P.: Todlicher Schok intrapartum. Zentralbl. Gynak. 1960. 82: 343.
- 3.- Burgess G E III; Cooper J.R.; Marino L.J.; et al.: Anesthetic management of combined caesarean section and excision of pechromocytoma. Anesth. Anal. 1978. 57: 276-279.
- 4.- Fudge, T.L.; Mc Kinnon, M.P. and Geary, M.D.: Current surgical management of pheochromocytoma during pregnancy. Arch. Surg. 1980. 115 (10): 1224-5.
- 5.- Venuto, R.; Burstein, M.D. and Schneider, M.D.: Pheochromocytoma: Antepartum diagnosis and management with tumor resection in the puerperium. Am. J. Obst. Gynec. 1984, 150 (4): 431-2.
- 6.- Schenker, J.G. and Chowers J.: Pheochromocytoma and pregnancy. Review of 89 cases. Obstet. Gynec. Surv. 1971. 26: 739-747.
- 7.- Stonham, J and Wakefield, C.: Pheochromocytoma in pregnancy. Caesarean section under epidural analgesia. Anaesthesia. 1983. 28 (7): 654-8, 1983.