

A. Martín
M.A. Barber
I. Eguiluz
W.M. Plasencia
J.A. García-Hernández

503

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Correspondencia:

Dra. A. Martín Martínez.
Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.
Avda. Marítima, s/n. 35016.
Las Palmas de Gran Canaria. España.
Correo electrónico: alicilla10@hotmail.com

Fecha de recepción: 18/6/04

Aceptado para su publicación: 15/5/05

Tratamiento del feocromocitoma durante la gestación

*Management of
pheochromocytoma during
pregnancy*

RESUMEN

Se presenta un caso de feocromocitoma diagnosticado durante la gestación y se revisa el tratamiento tan controvertido de esta enfermedad durante el embarazo. Se pretende resaltar la dificultad en el diagnóstico, al ser una enfermedad poco prevalente, y hacer hincapié en la importancia de un tratamiento precoz ya que puede tener graves efectos en la madre y el feto.

PALABRAS CLAVE

Feocromocitoma. Crisis hipertensiva. Embarazo.

ABSTRACT

We report a case of pheochromocytoma diagnosed during pregnancy and provide a literature review on this controversial topic. Our aim is to highlight the difficulty of diagnosing this entity, due to its infrequency, and to stress the importance of early treatment to avoid severe adverse effects in the mother and fetus.

KEY WORDS

Pheochromocytoma. Hypertensive crisis. Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El feocromocitoma es un hallazgo raro, que afecta únicamente al 0,1% de la población hipertensa, pero es una causa tratable muy importante de la hipertensión arterial. Este tumor se cura si se diagnostica y se trata correctamente, pero sigue una evolución mortal en el caso contrario¹.

CASO CLÍNICO

Primigesta de 34 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a la consulta de obstetricia para iniciar un control en la semana 9 de amenorrea. La paciente pesa 90 kg y mide 161 cm. A la exploración física destaca una presión arterial (PA) de 130/85 mmHg, no refiere historia de hipertensión arterial previa al embarazo.

Se decide establecer un control diario de la PA. Al valorar la PA a los 15 días de la visita, se com-

504 prueba que la media de la paciente es de 130/80-85 mmHg y se cataloga el cuadro como hipertensión arterial. Se solicita un estudio del fondo de ojo, función hepática y electrocardiograma; los resultados de todas las pruebas fueron normales. En todo momento la paciente permanece asintomática.

La gestación sigue una evolución estrictamente normal, y la datación ecográfica es concordante con la datación por amenorrea.

En la semana 26 la paciente consulta por presentar cuadros de cefaleas asociados con una sensación de calor y ansiedad, que ceden súbitamente. Dichas crisis no tienen relación con el esfuerzo ni con la ingesta, no presentan un predominio en una franja horaria determinada ni están asociados por la paciente con alguna situación específica. Los controles tensionales continúan estables, sin haber registrado ninguna medición por encima de 140/90 mmHg. Se ausulta a la paciente sin encontrar hallazgos patológicos, por lo que se clasifica el cuadro como síndrome ansioso.

En la semana 29 la paciente consulta de nuevo, y refiere que las crisis de calor y ansiedad se hacen más frecuentes y aparecen a diario. La exploración continúa siendo irrelevante, el crecimiento fetal es adecuado, por lo que se indica a la paciente el registro de la PA durante la crisis.

En la semana 31 la paciente acude a la consulta, y refiere 2 tomas de PA de 160/100 mmHg durante una de las crisis. Con la sospecha diagnóstica de feocromocitoma se solicitan un estudio de ácido vanilmandélico, metanefrinas y catecolaminas libres en orina, y se decide el ingreso hospitalario de la paciente. Durante el ingreso se solicita un examen de la proteinuria, que es negativa, y se constata una única crisis, que cursa con elevación de la PA (150/99 mmHg). Se reciben resultados bioquímicos, que corroboran la sospecha diagnóstica. Se solicita una tomografía computarizada (TC) para la identificación del tumor y la planificación del tratamiento y de la vía de parto. El segundo día de ingreso hospitalario la paciente inicia una dinámica uterina que no cede con uterolisis medicamentosa (atosiban), y dio a luz a una niña de 1.900 g, con un test de Apgar de 9/10 y un pH arterial de 7,23. La paciente durante el trabajo de parto mantiene PA sin exacerbaciones (la mayor registrada fue de 130/85 mmHg) y en todo momento permanece asintomática sin crisis paroxísticas.

A los 10 días del parto se realiza una TC, que confirma la presencia de un feocromocitoma en la glándula suprarrenal derecha; tras una estabilización medicamentosa con fenoxybenzatina, se interviene a los 40 días para proceder a la exéresis del feocromocitoma. El postoperatorio es de curso normal y a los 10 meses de la intervención la paciente mantiene cifras tensionales normales y está completamente asintomática.

DISCUSIÓN

El feocromocitoma, dada su baja frecuencia de aparición, provoca pocas complicaciones, pero peligrosas durante la gestación. La probabilidad de muerte materna disminuye mucho si el diagnóstico se realiza antes del parto, lo cual ha propiciado que las últimas series publicadas por Harper y Ahlawat insistan en la importancia del diagnóstico a tiempo².

El desafío principal en el tratamiento durante la gestación consiste en establecer el diagnóstico diferencial con la preeclampsia. El comienzo desde el inicio del embarazo o la ausencia de proteinuria son datos que deben encaminar la sospecha diagnóstica al feocromocitoma. Se ha demostrado que durante las crisis paroxísticas, el volumen por minuto desciende de manera notable, lo que se relaciona con efectos adversos para el feto, que dependerán de la frecuencia de dichas crisis^{3,4}.

La mayoría de los autores insisten en los efectos deletéreos fetales, aun en los casos de crisis escasas y leves. Los efectos adversos comunicados son, por orden de frecuencia, el oligoamnios, el crecimiento restringido y, por último, las muertes fetales^{4,5}. También se ha comunicado un riesgo incrementado de parto pretérmino; parece que hay una relación del número y la intensidad de las crisis paroxísticas con el riesgo de presentación de un parto pretérmino⁵.

La prueba de detección estándar es la cuantificación de los metabolitos de catecolaminas en una muestra de orina de 24 h; el diagnóstico se establece determinando ácido vanilmandélico (AVM), metanefrinas o catecolaminas no conjugadas en orina de 24 h. La TC o la resonancia magnética son útiles para confirmar la localización suprarrenal; en las localizaciones extrasuprarrenales, a menudo se precisa una arteriografía abdominal o un rastreo con ¹³¹I metayodobencilguanidina (MIBG)⁴.

Respecto al tratamiento, es necesario el control de la hipertensión y de los síntomas con un bloqueador alfaadrenérgico, como fenoxibenzamina. Una vez logrado el bloqueo alfa, se pueden administrar bloqueadores beta, si son necesarios para el tratamiento de las taquicardias, fundamentalmente. Si el diagnóstico se lleva a cabo antes de la semana 20 de gestación, se recomienda la resección quirúrgica, preferiblemente por laparoscopia. Si la paciente se encuentra en el tercer trimestre, se estabilizará el cuadro con bloqueadores alfaadrenérgicos hasta el momento del parto. Se ha descrito buenos resultados en el tratamiento farmacológico de pacientes con feocromocitoma diagnosticadas en el embarazo. Otras comunicaciones sugieren que, incluso con un buen control de la PA, se puede desarrollar una hipertensión periparto con graves consecuencias^{5,6}.

Por último, dada la baja incidencia, la vía de parto es una cuestión no aclarada. Los distintos autores insisten en el control adecuado de la PA como instrumento básico para la obtención de unos buenos resultados, sin relacionar la obtención de éstos con la vía de parto^{2,3,5}.

En cuanto a la evolución, la supervivencia a los 5 años después de la cirugía es superior al 95% y la tasa de recidivas inferior al 10%. La hipertensión se soluciona en aproximadamente el 75% de los pacientes, y el 25% restante suele responder a los antihipertensivos convencionales; tal vez este último grupo presenta un daño vascular irreversible inducido por las catecolaminas. La eliminación de catecolaminas se normaliza aproximadamente una semana después de la cirugía; las determinaciones de control garantizan la extracción completa del tumor^{4,6}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Geelhoed GW. Surgery of the endocrine glands in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 1983;26:865.
2. Harper MA, Murnaghan GA, Kennedy L, Hadden DR, Atkison AB. Pheochromocytoma in pregnancy. Five cases and a review of the literature. *Br J Obstet Gynaecol.* 1989;594.
3. Oishi S, Sato T. Pheochromocytoma in pregnancy: a review of the Japanese literature. *Endocr J.* 1994;41:219.
4. Daly PA, Lamberg L. Pheochromocytoma: diagnosis and management. *Baillères Clin Endocrinol Metab.* 1992;6:143.
5. Bassoon-Zaltzman C, Sermer M, Lao TT, Drucker D. Bladder pheochromocytoma in pregnancy without hypertension. *J Reprod Med.* 1995;40:149.
6. Oh HC, Koh JM, Kim MS, Park JY, Shong YK, Lee KU, et al. A case of ACTH-Producing pheochromocytoma associated with pregnancy. *Endocr J.* 2003;50:739.