

Achado incidental de feocromocitoma após exame de imagem

Incidental finding of pheochromocytoma after imaging exam

Bianca Lara Teixeira¹, Mônica Oliveira Bernardo¹

RESUMO

Feocromocitomas são tumores — 90% benignos — relativamente raros da medula da suprarrenal, produtores de catecolaminas. Cerca de 75% dos pacientes manifestam a tríade súbita clássica, caracterizada por hipertensão grave, palpitações e cefaleia. O diagnóstico é confirmado por meio da dosagem de metanefrinas urinárias, além de exames radiológicos, como ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética. O tratamento curativo consiste na retirada do tumor, sendo a videolaparoscopia a técnica cirúrgica utilizada. O presente relato descreve o caso de uma mulher que procurou a emergência com queixa de lombalgia à esquerda e, após exames de imagem, ficou evidenciada massa de grandes dimensões em suprarrenal. A paciente apresentava como sintomatologia ligada ao tumor secretor apenas a hipertensão arterial secundária. Optou-se pela cirurgia aberta devido às dimensões do tumor e, após adrenalectomia esquerda, a paciente apresentou-se normotensa.

Palavras-chave: glândulas suprarrenais; neoplasias; feocromocitoma; achados incidentais.

ABSTRACT

Pheochromocytomas — 90% of those being benign — are relatively rare tumors of the adrenal medulla, catecholamines producers. About 75% of patients manifest the sudden classic triad characterized by severe hypertension, palpitations and headache. The diagnosis is confirmed by urinary metanephrines dosage, and radiological tests such as ultrasonography, computed tomography and magnetic resonance imaging. The curative treatment consists in removing the tumor, and videolaparoscopy is the chosen surgical technique. This report describes the case of a woman, who sought the emergency unit complaining of left back, and after imaging tests, was evidenced a large adrenal mass. The patient presented as a symptom linked to the secreting tumor was only secondary hypertension. It was opted to perform an open surgery as a consequence of the tumor dimensions, and the person presents herself normotensive after left adrenalectomy.

Keywords: adrenal glands; neoplasms; pheochromocytoma; incidental findings.

INTRODUÇÃO

Os feocromocitomas são tumores originados das células cromafins (medula da suprarrenal) que produzem, armazenam e secretam catecolaminas.^{1,2} Estima-se que a incidência anual de feocromocitoma seja de 2 a 8 novos casos por 1 milhão de habitantes, afetando igualmente ambos os sexos e podendo ocorrer em qualquer idade, porém surgindo mais frequentemente entre a 4ª e 5ª décadas de vida.³

A neoplasia pode ser benigna ou maligna — 90% dos tumores são benignos —, ligada à herança familiar ou esporádica. A presença de metástase caracteriza a malignidade e os sítios metastáticos mais afetados são os ossos, fígado e pulmões.^{4,5}

Cerca de 75% dos pacientes manifestam a tríade súbita clássica, caracterizada por hipertensão grave, palpitações e cefaleia. Outros sintomas que podem estar associados são tremor, palidez, náusea, perda de peso e dor torácica ou abdominal.^{6,7}

Os níveis de catecolaminas circulantes nem sempre se correlacionam com os de tensão arterial, podendo o paciente apresentar-se normotenso, hipertenso ou mesmo com episódios de hipotensão ortostática.⁸ Os paroxismos (exacerbações/crises) estão presentes em de 10 a 17% dos pacientes com feocromocitoma como reflexo da secreção excessiva de epinefrina e dopamina.⁹

Suspeita-se do diagnóstico mediante os sintomas e sinais sugestivos da presença do tumor, confirmado por meio

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) – Sorocaba (SP), Brasil.

Contato: biancalarat@hotmail.com

Recebido em 05/07/2016. Aceito para publicação em 05/08/2016.

da dosagem de catecolaminas plasmáticas e urinárias e seus metabólitos. O teste de metanefrina urinária é o mais utilizado e, além dos laboratoriais, conta-se com os testes radiológicos, como ultrassonografia (USG), tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM). A cintilografia com meta-iodo-benzilguanidina (MIBG) também pode ser utilizada como método diagnóstico, sendo indicada principalmente para feocromocitomas extra adrenais, recidivas tumorais e metástases.^{7,10}

O tratamento curativo consiste na cirurgia de retirada do tumor, sendo a por videolaparoscopia o método curativo de escolha, uma vez que apresenta recuperação mais rápida, com menor tempo de internação e menos risco de complicações. Como cuidados pré-operatórios são considerados o controle da hipertensão por meio do alfa-bloqueio, preferencialmente com os alfa 1-seletivos (prazosina, doxazosina), por pelo menos sete dias antes da cirurgia, além de hidratação na véspera, a fim de evitar a possibilidade de hipotensão arterial no PO.^{2,11}

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 39 anos, branca, chegou à emergência hospitalar com queixa de lombalgia à esquerda, típica de cólica renal, gerando suspeita de nefrolitíase. Apresentava-se afebril, anictérica, acianótica, com pressão arterial (PA) 170 x 110 mmHg, 90 bpm de frequência cardíaca (FC), abdome flácido, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes (RHA) presentes e Giordano negativo. Foi submetida a tratamento com anti-inflamatório não esteroide (AINE), com alívio relativo da dor.

A mulher foi encaminhada à USG de abdome, que revelou imagem ecogênica no grupo calicial superior à direita, medindo 0,4 cm, com característica de cálculo. Além disso, notou-se imagem expansiva em projeção da suprarrenal esquerda, medindo 11,7 x 10,5 x 9,7 cm, com septos de permeio e componente anecoide. Mediante último achado, foi solicitada TC com contraste endovenoso, para avaliação mais acurada, a qual evidenciou, na topografia da suprarrenal esquerda, processo expansivo de contornos levemente bocelados medindo cerca de 11,1 x 10,9 cm e exibindo componente de tecidos moles, o qual se impregna de contraste, bem como componente cístico, predominantemente na região central (Figuras 1 e 2). Após exames, a paciente foi reavaliada. Não apresentava estigmas de Cushing ou hirsutismo, estava obesa, com índice de massa corporal (IMC) de 29 kg/m², PA mantendo-se em 170 x 110 mmHg, sem antecedentes familiares de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Diante da suspeita de tumor na suprarrenal, foi solicitada pesquisa de metanefrinas-frações na urina, demonstrando: normetanefrina maior que 4.260 mcg/24 h (valor de referência [VR]: até 732 mcg/24 h) e metanefrina igual a 221,4 mcg/24h (VR: até 280 mcg/24 h).

Também foram solicitados os seguintes exames: hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), cortisol, aldosterona postural, estradiol, testosterona total e livre, cujos resultados apresentavam-se dentro dos valores de referência.

A paciente foi encaminhada para avaliação pré-operatória e ao endocrinologista. Iniciou-se o alfa-bloqueio, com Alprazolol em doses progressivas durante 90 dias, obtendo controle pressórico com 12 mg/dia (4 mg por 3 vezes ao dia) e, sendo assim, havendo liberação para procedimento cirúrgico.

A adrenalectomia esquerda foi realizada e, devido às grandes proporções da massa, optou-se por cirurgia aberta, com acesso por meio de incisão subcostal esquerda ampliada, estendendo-se do processo xifoide à musculatura lombar. O procedimento foi realizado em decúbito lateral direito, com anestesia peridural combinada com geral intravenosa, e teve duração total de 95 minutos. Realizou-se retirada completa da tumoração, que mantinha planos de clivagem com as estruturas vizinhas. A paciente apresentou episódio de hipotensão após a ligadura da veia adrenal esquerda, revertida com reposição de cristalóide no intraoperatório.

O PO imediato, realizado em Unidade de Terapia Intensiva, transcorreu sem a necessidade de drogas vasoativas ou reposição de cortisol, com a mulher recebendo alta para a

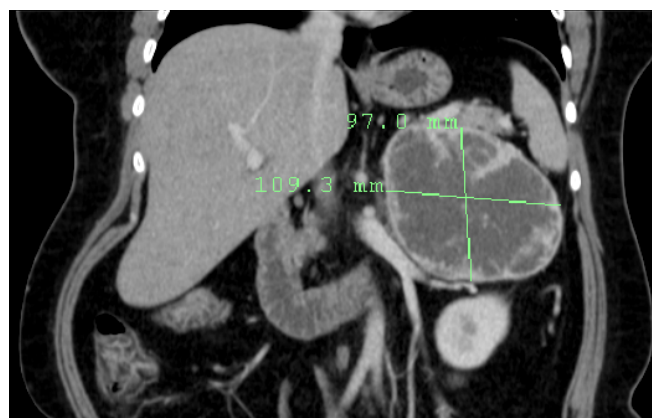


Figura 1. Dimensões do tumor visto em corte coronal na tomografia computadorizada com contraste.



Figura 2. Tumor visto em corte axial na fase de equilíbrio da tomografia computadorizada com contraste.

enfermaria no segundo PO, deambulando e alimentando-se. A alta hospitalar foi autorizada no quarto PO, sem a necessidade de outros cuidados cirúrgicos.

O exame anatomopatológico revelou feocromocitoma com áreas sólida e cística medindo 12,5 x 11,0 x 7,5 cm, pesando 470 g, com áreas de necrose e infiltrada, mas não ultrapassando a cápsula e sem sinais de neoplasia no tecido adiposo adjacente.

Após os procedimentos narrados anteriormente, a paciente continuou sendo acompanhada com aferições da pressão arterial em domicílio — mantida em nível dentro da normalidade — e sem medicação hipotensora.

DISCUSSÃO

O caso relatado reporta o diagnóstico de feocromocitoma de maneira incidental por meio de exame de imagem.

O feocromocitoma é um tumor relativamente raro e uma das causas secundárias de hipertensão, com incidência de 0,05 a 2,00% dos casos, podendo ser descoberto por investigação direcionada ou de forma incidental (incidentaloma) com exames como TC e/ou RNM do abdome ou, ainda, achado durante autópsia.^{12,13}

Em geral, a sintomatologia é ampla, estando a hipertensão arterial presente em entre 50 e 90% dos casos, porém 8% dos pacientes podem apresentar sintomas brandos ou ser assintomáticos.^{6,14} Chama a atenção a pobreza de sintomatologia manifestada pela mulher considerada neste estudo, uma vez que apresentou apenas hipertensão arterial. Ela não sabia ser portadora de tal condição.

A dosagem das metanefrinas urinárias é um teste muito utilizado mediante suspeita de tumor secretor.^{7,10} No caso em questão, os valores mostraram-se alterados, sustentando ainda mais o diagnóstico.

Apesar de a cirurgia por videolaparoscopia ser o tratamento curativo de escolha, optou-se pela cirurgia aberta devido às grandes dimensões do tumor. Contudo, a paciente recuperou-se bem e logo retomou aos hábitos normais.

Em geral, após a remoção cirúrgica do tumor, os pacientes apresentam remissão dos sintomas e da HAS. A recidiva ocorre normalmente em cerca de 25% dos casos.¹⁵ A paciente aqui considerada apresentou-se normotensa após o procedimento, sem a necessidade de uso de hipotensores, estando, então, inclusa nos outros 75%.

CONCLUSÃO

Os feocromocitomas são tumores raros da medula suprarrenal e os pacientes que os apresentam manifestam sintomatologia ampla ligada à secreção de catecolaminas pelo tumor, incluindo a HAS. Assim, devem ser lembrados como causa secundária de HAS e que merecem investigação.

Conforme relatado, nem sempre os sintomas são evidentes e muitas vezes podem não aparecer, sendo encontrados de forma incidental em exames de imagem ou autópsias. A cirurgia de retirada do tumor é curativa e é indicada a videolaparoscopia, porém a dimensão do tumor deve ser considerada na escolha da técnica.

REFERÊNCIAS

1. De Lellis RA, Lloyd RV, Heitz PU, Eng C. Pathology and genetics of tumours of endocrine organs (IARC WHO classification of tumours). 3ª ed. Lyon: WHO; 2004.
2. Bravo EL, Tagle R. Pheochromocytoma: state-of-the-art and future prospects. *Endocr Rev.* 2003;24(4):539-53.
3. Sánchez-Turcios RA. Pheochromocytomas: diagnosis and treatment. *Rev Mex Cardiol.* 2015;26(3):118-24.
4. Vilar L, Machado RJC. Feocromocitoma: diagnóstico e tratamento. In: Vilar L, Kater CE, Naves LA, Freitas MdC, Bruno OD, editors. *Endocrinologia clínica.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 405-24.
5. Pacak K, Eisenhofer G, Ahlman H, Bornstein SR, Gimenez-Roqueplo AP, Grossman AB, et al. Pheochromocytoma: recommendations for clinical practice from the First International Symposium. October 2005. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab.* 2007;3(2):92-102.
6. Magalhães LC, Darze ES, Ximenes A, Santana O, Bastos J, Guimarães A. Miocardite aguda secundária a feocromocitoma. *Arq Bras Cardiol.* 2004;83(4):343-8.
7. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al. *Harrison medicina interna.* Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 1998. p. 2182-6.
8. Fitzgerald PA. Adrenal medulla & paraganglia. In: Gardner DG, Shoback D, editors. *Greenspan's basic and clinical endocrinology.* 8ª ed. Philadelphia: McGraw-Hill; 2007.
9. Prys-Roberts C. Phaeochromocytoma: recent progress in its management. *Br J Anaesth.* 2000;85(1):44-57.
10. Lenders JWM, Pacak K, Walther MM, Linehan WM, Mannelli M, Friberg P, et al. Biochemical diagnosis of pheochromocytoma: which test is best? *JAMA.* 2002;287:1427-32.
11. Bastos Filho FR. Relato de caso: feocromocitoma [trabalho de conclusão de curso]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012.
12. Malachias MVB, Victória IMN, Nascimento-Neto RM. Hipertensão no feocromocitoma. In: Porto CC, editor. *Doenças do coração.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 501-4.
13. Pacak K, Linehan WM, Eisenhofer G, Walther MM, Goldstein DS. Advances in genetics, diagnosis, localization and treatment of pheochromocytoma. *Ann Int Med.* 2001;134(4):315-29.
14. Stewart PM. O córtex suprarrenal. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, editors. *Williams tratado de endocrinologia.* 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 376-426.
15. Amar L, Servais A, Gimenez-Roqueplo AP, Zinzindohoue F, Chatellier G, Plouin PF. Year of diagnosis, features at presentation and risk of recurrence in patients with pheochromocytoma or secreting paraganglioma. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90:2110-6.