

EDIÇÃO ESPECIAL

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA ASSOCIADA A TUMOR DE ADRENAL: RELATO DE CASO

Acute Coronary Syndrome Associated with Adrenal Tumor: A Case Report

Karoline de Oliveira Jacoby ¹

Maria Luiza Claudino Lisboa ²

Karla dos Santos Barreiros ³

Thaís Vieira de Medeiros ⁴

Ingridy da Paz Bauer ⁵

Maria Laura Comin Sangaletti ⁶

Resumo: A Síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST abrange apresentações clínicas heterogêneas e representa uma das principais causas de atendimentos em emergências, é frequentemente associada à aterosclerose coronariana, mas também pode ser desencadeada por causas não obstrutivas, como o uso de drogas simpatomiméticas e distúrbios endócrinos. O presente relato descreve o caso de um paciente masculino, 37 anos, hipertenso, com histórico de uso de cocaína, que apresentou quadro de dor epigástrica, hipertensão paroxística e alterações eletrocardiográficas compatíveis com isquemia miocárdica. A cinecoronariografia revelou coronárias sem obstruções significativas, sugerindo o diagnóstico de infarto do miocárdio sem obstrução coronariana (MINOCA), possivelmente relacionado ao uso recente de cocaína. A investigação por imagem abdominal revelou uma massa adrenal direita com características

17

¹ Graduanda em Medicina; Universidade do Extremo Sul Catarinense (Curso de Medicina), Criciúma - SC, Brasil. Email: karoline.ojacoby@gmail.com ORCID: 0009-0008-8574-4354 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9391615209859827>

² Graduanda em Medicina; Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. Email: marialuizaclisboa@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0357-9505> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1944028894924532>

³ Graduanda em Medicina; Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. Email: karlaa.sb@unesc.net ORCID: 0009-0007-9296-5473 Lattes: <https://lattes.cnpq.br/9217436092551730>

⁴ Graduanda em Medicina; Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. E-mail: thaisdemedeiros18@gmail.com ORCID: 0009-0005-6346-7075 Lattes: <https://lattes.cnpq.br/1613290314228077>

⁵ Graduanda em Medicina; Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. Email: ingridy_bauer@unesc.net ORCID: 0009-0005-73148668 Lattes: <https://lattes.cnpq.br/2067890425595293>

⁶ Graduanda em Medicina; Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. E-mail: marialauracs@outlook.com ORCID: 0009-0007-0752-8536 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5604576856723899>

Autor Correspondente:

Nome completo: Karoline de Oliveira Jacoby

Título: Graduanda em Medicina;

Endereço: Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, 88806-000

Email: karoline.ojacoby@gmail.com

Telefone: (48)999933446

sugestivas de feocromocitoma. O caso ressalta a importância da avaliação diagnóstica ampla nos quadros de SCASST, especialmente na presença de sinais atípicos como crises adrenérgicas, sugerindo etiologias raras como tumores secretores de catecolaminas que podem mimetizar eventos isquêmicos e demandam abordagem terapêutica específica.

Palavras-chave: Síndrome coronariana aguda; Infarto do Miocárdio; Tumores Neuroendócrinos.

Abstract: Non-ST Elevation Acute Coronary Syndrome encompasses heterogeneous clinical presentations and represents a leading cause of emergency department visits. While it is frequently associated with coronary atherosclerosis, it can also be triggered by non-obstructive causes, such as sympathomimetic drug use and endocrine disorders. This case report describes a 37-year-old hypertensive male with a history of cocaine use who presented with epigastric pain, paroxysmal hypertension, and electrocardiographic changes compatible with myocardial ischemia. Coronary angiography revealed no significant coronary obstruction, suggesting a diagnosis of myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries (MINOCA), possibly related to recent cocaine use. Abdominal imaging revealed a right adrenal mass with features suggestive of pheochromocytoma. This case highlights the importance of a broad diagnostic approach in NSTEMI-ACS, particularly in the presence of atypical signs such as adrenergic crises, which may point to rare etiologies like catecholamine-secreting tumors that can mimic ischemic events and require specific therapeutic strategies.

Keywords: Acute Coronary Syndrome; Myocardial Infarction; Neuroendocrine Tumors.

Introdução

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) inclui três condições clínicas que apresentam como principal manifestação a dor torácica aguda, que é uma das causas mais frequentes de atendimento nas unidades de emergência¹. Entre essas condições, destaca-se o Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMSST), cuja incidência vem aumentando nas últimas décadas².

O IAMSST abrange o subgrupo de pacientes que não apresentam supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma (ECG), mas exibem dor torácica aguda e/ou achados sugestivos de isquemia miocárdica em exames complementares, como alterações no ECG e elevação de marcadores de necrose miocárdica³.

É crucial destacar que o quadro clínico do IAMSST é heterogêneo, podendo variar desde pacientes oligossintomáticos até aquele com dor anginosa típica, caracterizada por dor retroesternal precipitada por esforço e irradiada para ombro, pescoço ou braço esquerdo e atenuada com repouso ou uso de nitratos². Adicionalmente, o ECG pode estar normal em até um terço dos pacientes, embora a maioria apresente anormalidades³. Entre os principais achados eletrocardiográficos estão o infradesnivelamento do segmento ST, a inversão de ondas T e a presença de ondas T hiperagudas⁴.

De modo geral, a SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASST) é tipicamente causada por uma suboclusão coronariana limitante do fluxo devido à presença de aterosclerose⁵. No entanto, causas não obstrutivas estão atribuídas à 6% a 8% dos pacientes, e a presença de infarto agudo do miocárdio na ausência de obstrução coronariana é definida como “myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries (MINOCA)”¹. Essa condição é mais prevalente nos casos de SCASST e está relacionada a alterações na oferta e/ou no consumo de oxigênio pelo miocárdio, como hipertensão arterial, taquicardia, cardiomiopatia hipertrófica, anemia ou estenose aórtica². Além disso, o MINOCA pode decorrer de ruptura de placa ateromatosa, vasoespasmos coronarianos, disfunção microvascular, embolia ou trombose coronariana, dissecação espontânea de artéria coronária⁶ ou uso de drogas estimulantes, como a cocaína, que aumenta o risco de vasoespasmos coronarianos, trombose e infarto em pacientes jovens sem doença coronariana prévia.

Entre as causas raras, porém potencialmente graves, que mimetizam a SCASST, destacam-se os tumores neuroendócrinos da medula adrenal, como o feocromocitoma, e o uso de drogas estimulantes, como a cocaína. O feocromocitoma é caracterizado pela hipersecreção de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina e dopamina), que provocam vasoconstrição sistêmica intensa, taquicardia e aumento da contratilidade miocárdica, podendo levar a vasoespasmos

coronariano e isquemia miocárdica secundária⁷. De forma semelhante, a cocaína exerce efeito simpatomimético, induzindo vasoespasmo coronariano, aumento da demanda miocárdica e risco de trombose, sendo uma causa reconhecida de SCASST em pacientes jovens sem doença aterosclerótica prévia⁸.

Portanto, embora a SCA seja frequentemente de origem aterosclerótica, é fundamental considerar tanto etiologias endócrinas quanto o uso de drogas estimulantes em casos atípicos ou refratários, especialmente quando há hipertensão paroxística, sudorese, cefaleia e palpitações, sintomas que podem surgir tanto no feocromocitoma quanto em crises induzidas por cocaína^{8,9}. Esse cenário reforça a importância de investigação diagnóstica criteriosa para orientar o manejo adequado e prevenir complicações cardiovasculares graves.

Descrição do caso

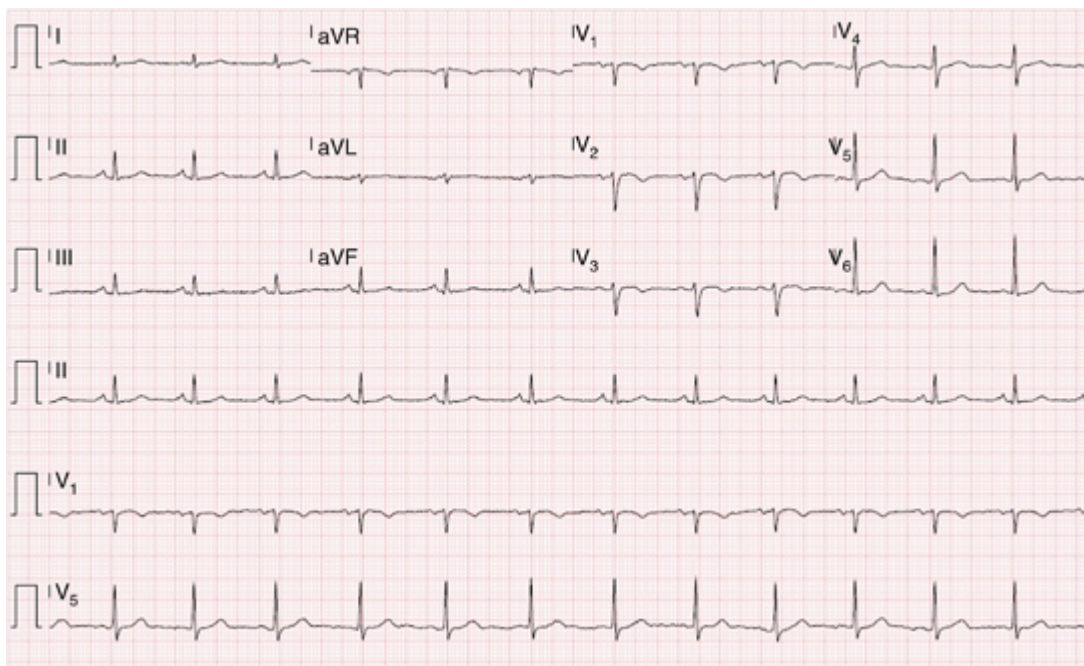
Paciente do sexo masculino, 37 anos, pardo, casado e pai de dois filhos, portador de hipertensão arterial sistêmica prévia, fazia uso irregular de Triplixam® (5 + 1,25 + 5 mg, uma vez ao dia). Relatava histórico de uso de cocaína há cerca de quatro a cinco anos, sendo o último episódio no final de semana anterior à internação. Negava tabagismo, etilismo ou cirurgias prévias, e referia ser habitualmente ansioso, com piora do quadro nas últimas horas antes da admissão.

O paciente deu entrada na sala vermelha com queixa de dor epigástrica intensa, parestesia labial, sudorese e comportamento ansioso, encontrando-se visivelmente choroso. Referia uso recente de tadalafila (três dias antes do início dos sintomas). Ao exame físico inicial, encontrava-se em bom estado geral, lúcido e orientado, com mucosas coradas e hidratadas, afebril e anictérico. Apresentava pressão arterial de 160/110 mmHg, pressão arterial média de 130 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm, saturação periférica de oxigênio de 98% em ar ambiente e temperatura axilar normal. À ausculta cardíaca e pulmonar, não se observaram alterações significativas, e o abdome era flácido, indolor, sem sinais de peritonismo.

Foram solicitados exames laboratoriais e eletrocardiograma (ECG). A primeira dosagem de troponina foi de 105 ng/L, com queda para 74 ng/L após quatro horas. O ECG evidenciou inversão da onda T em DI, DII, DIII e V3–V6, achado sugestivo de isquemia miocárdica (Figura 1). Na reavaliação, apresentava pressão arterial de

100/90 mmHg, frequência cardíaca de 122 bpm e saturação de 97% em ar ambiente. Diante da suspeita de síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASST), foram solicitadas tomografia computadorizada (TC) de crânio e cinecoronariografia (cateterismo cardíaco – CATE), além da administração de três comprimidos de ácido acetilsalicílico (AAS), conforme protocolo de SCA.

Figura 1 – Eletrocardiograma evidenciando inversão de onda T em DI, DII, DIII e V3–V6



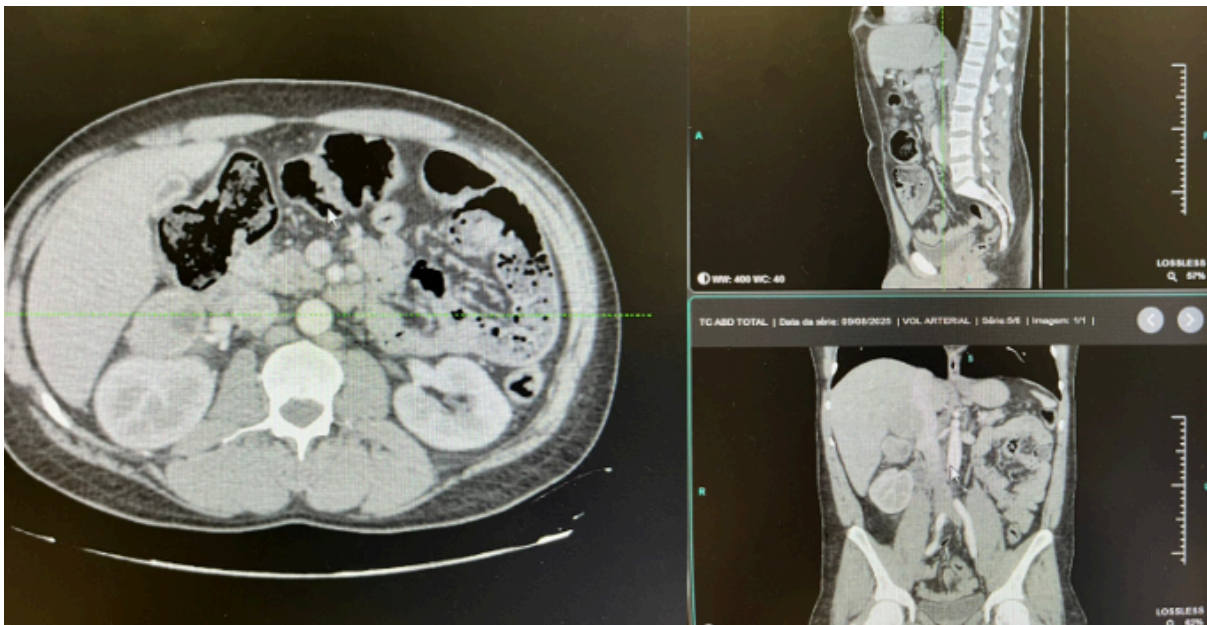
Fonte: Elaborado pelos autores.

A TC de crânio não mostrou alterações significativas. O cateterismo cardíaco evidenciou artérias coronárias sem obstruções ateroscleróticas ou ponte miocárdica, configurando diagnóstico de SCASST possivelmente associada ao uso de cocaína. Iniciou-se tratamento com AAS, clopidogrel, enalapril 10 mg duas vezes ao dia, anlodipino 5 mg pela manhã e diazepam 5 mg duas vezes ao dia. Um ecocardiograma transtorácico foi solicitado, revelando ectasia aórtica leve, regurgitação aórtica mínima, fração de ejeção de 72% e átrio esquerdo medindo 29 mm. Nos exames laboratoriais, observaram-se potássio 5,0 mEq/L, ureia 132 mg/dL, creatinina 1,4 mg/dL, sódio 135 mEq/L, hemoglobina 13,7 g/dL, hematócrito 45,2% e leucócitos 3.880/mm³.

Durante o segundo dia de internação, o paciente voltou a relatar dor epigástrica e distensão abdominal, sem relação com a alimentação e sem fatores de alívio, de caráter intermitente. Foi realizada uma ultrassonografia de abdome, que evidenciou cálculo vesicular de 2,5 cm, além de formação expansiva na loja suprarrenal direita, medindo 9,8 × 8,2 cm, indissociável da borda posterior do lobo hepático direito e do polo superior do rim direito. Também se observou cálculo no terço inferior do rim esquerdo, com 0,9 cm de diâmetro.

No terceiro dia de internação, a TC de abdome contrastada confirmou a presença de dois nódulos na adrenal direita, regulares e heterogêneos, com áreas císticas e necróticas internas e realce pelo contraste, sendo o maior de 10 × 8,6 cm e o menor de 5,1 × 3,5 cm. O nódulo maior exercia compressão sobre o lobo hepático direito e a veia cava inferior. Na adrenal esquerda, foram identificados dois nódulos regulares e hipotenuantes, com realce ao contraste, o maior medindo 2,0 × 1,7 cm e o menor 1,9 × 1,6 cm (Figura 2).

Figura 2 – Tomografia computadorizada de abdome mostrando massa heterogênea em glândula suprarrenal direita com áreas necróticas e compressão de estruturas adjacentes



Fonte: Elaborado pelos autores.

Após discussão com a radiologia, consideraram-se como hipóteses diagnósticas adenocarcinoma, feocromocitoma ou metástases. Solicitou-se dosagem de

metanefrinas urinárias de 24 horas, renina plasmática e aldosterona sérica. No quinto dia de internação, a gasometria arterial mostrou pH 7,40, HCO_3^- 23,4 mmol/L, PaO_2 66 mmHg, PaCO_2 38 mmHg, saturação periférica de 93% e base excess de -0,9.

A equipe de oncologia foi acionada e recomendou avaliação pela urologia para estudo da ressecabilidade da lesão e eventual biópsia, caso as metanefrinas fossem negativas. No décimo quarto dia de internação, as metanefrinas urinárias de 24 horas resultaram negativas, motivo pelo qual foi realizada biópsia por agulha grossa guiada por ultrassonografia, cujo exame anatomopatológico inicial foi inconclusivo.

Discussão

O reconhecimento das diferentes etiologias envolvidas na síndrome coronariana aguda é fundamental, dada a elevada prevalência dessa condição na prática clínica¹⁰. Observa-se, ainda, um aumento progressivo da incidência entre indivíduos jovens¹¹, o que reforça a necessidade de rápida identificação do fator desencadeante¹². Entre as causas menos frequentes, destaca-se o tumor de adrenal, cuja detecção incidental em exames de imagem, como a tomografia computadorizada (TC) de abdome, ocorre em aproximadamente 1% dos casos¹³. Assim, torna-se imprescindível a utilização de métodos diagnósticos complementares, distintos dos habitualmente empregados, uma vez que a ausência de diagnóstico adequado pode comprometer a evolução clínica e a qualidade de vida do paciente¹⁴.

Considerações Finais

Este relato reforça a importância de uma abordagem diagnóstica ampla diante de síndromes coronarianas agudas, considerando o histórico clínico e os achados laboratoriais de cada paciente. Tumores neuroendócrinos, como os de origem adrenal, devem ser incluídos entre os diagnósticos diferenciais de IAMSST, visto

que podem desencadear vasoespasma coronariano por liberação excessiva de catecolaminas.

Embora a aterosclerose continue sendo a principal causa de IAMST, é fundamental reconhecer que etiologias endócrinas também podem se manifestar com quadro semelhante. Assim, torna-se imprescindível investigar causas menos comuns de síndrome coronariana aguda, especialmente em pacientes sem fatores de risco cardiovasculares evidentes ou sem achados compatíveis com doença aterosclerótica significativa.

Este caso expõe, na prática médica, que sempre devemos estar atentos a diagnósticos menos usuais e que uma avaliação clínica criteriosa pode ser determinante para o diagnóstico e manejo adequado do paciente.

Referências

1. THYGESEN, Kristian et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). **Circulation**. v.138, n.20, p.618-651, Nov, 2018. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000617>. Acesso em 10 out. 2025.
2. NICOLAU, José Carlos et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 117, n. 1, p. 181-264, jul. 2021. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-117-01-0181/0066-782X-abc-117-01-0181.x66747.pdf. Acesso em 10 out. 2025.
3. BYRNE, Robert et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. **European Heart Journal**. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. v.44, n.38, p.3720-3826, Out. 2023. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/38/3720/7243210>. Acesso em 10 out. 2025.

4. ALENCAR, José et al. Além do Paradigma IAMCSST-IAMSSST: Proposta do Instituto Dante Pazzanese para o Diagnóstico de Oclusão Coronariana Aguda. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 121, n.5, 2024. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-121-05-e20230733/0066-782X-abc-121-05-e20230733.x66747.pdf. Acesso em 10 out. 2025.
5. RAO, Sunil et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. **Circulation.** v.151, n.13, p.771-862, Abr, 2025. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000001309>. Acesso em 10 out. 2025.
6. TAMIS-HOLLAND, Jacqueline et al. Contemporary Diagnosis and Management of Patients with Myocardial Infarction in the Absence of Obstructive Coronary Artery Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation.** v.139, n.18, p.891-908, Abr, 2019. Disponível em: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000670?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em 10 out. 2025.
7. CHENG, Yanwei; QIN, Lijie; CHEN, Long. Pheochromocytoma mimicking acute coronary syndrome: a case report. **Frontiers in Oncology**, Zhengzhou, v. 12, p. 879714, 2022. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2022.879714/full>. Acesso em: 11 out. 2025.
8. RALLIDIS, Loukianos; XENOGIANNIS, Iosif; BRILAKIS, Emmanouil; BHATT, Deepak. Causes, Angiographic Characteristics, and Management of Premature Myocardial Infarction: JACC State-of-the-Art Review. **JACC.** v.79, n.24. p. 2431-2449. Jun, 2022. Disponível em: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2022.04.015>. Acesso em: 11 out. 2025.
9. ARROYO RIPOLL, O. F.; ACHOTE, E.; ARAUJO-CASTRO, M. Clinical presentation of pheochromocytoma and screening recommendations. **Revista**

Clínica Española, Barcelona, v. 225, n. 3, p. 157–167, mar. 2025. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2254887425000086?via%3Dihub>. Acesso em: 11 out. 2025.

10. KRALER, S.; et al. Síndromes coronárias agudas: mecanismos, desafios e novas oportunidades. **European Heart Journal**, v. 46, n. 29, p. 2866–2889, ago. 2025. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/46/29/2866/8129605>. Acesso em: 12 out. 2025.

11. GULATI, R.; et al. Acute myocardial infarction in young individuals. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 95, n. 1, p. 136–156, 2020. Disponível em: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(19\)30421-5/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(19)30421-5/fulltext). Acesso em: 12 out. 2025.

12. COLOMBO, Alessandro et al. Fatores desencadeantes do infarto agudo do miocárdio: uma peça negligenciada do quebra-cabeça. **Revista de Medicina Cardiovascular**, v.15, n.1, p.1–7, jan. 2014. Disponível em: https://journals.lww.com/jcardiovascularmedicine/abstract/2014/01000/triggers_of_acute_myocardial_infarction__a.1.aspx. Acesso em: 12 out. 2025.

13. ZARCO-GONZÁLEZ, J. A.; HERRERA, M. F. Adrenal incidentaloma. **Scandinavian Journal of Surgery**. v. 93, n. 4, p. 298–301, 2004. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/145749690409300408?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 12 out. 2025.

14. PARWANI, Purvi et al. Contemporary diagnosis and management of patients with MINOCA. **Current Cardiology Reports**, v. 25, n. 6, p. 561–570, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11886-023-01874-x>. Acesso em: 12 out. 2025.