

Nombre:	Irene
Apellido:	Vicente Zapata
Otros Autores:	Jose Ramón Olalla Muñoz, Ana Blanco Barrio, Lucía Hernández Sánchez, Carmen María Botía González, Irene Cases Susarte
E-mail:	irene.vicente.zapata@gmail.com
Hospital:	Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer
Ciudad:	Murcia
Título:	Shock cardiogénico y Síndrome de Tako-Tsubo (STT) invertido como forma de presentación de feocromocitoma suprarrenal
Presentación:	Mujer de 21 años que acude a Urgencias con dolor torácico de características isquémicas, elevación de enzimas cardíacas, cambios en ECG en cara lateral, disfunción sistólica severa y shock cardiogénico. Ante la sospecha inicial de SCA se realizó cateterismo cardíaco, que descartó lesiones coronarias y objetivó una acinesia de segmentos basales en la ventriculografía (STT invertido). Tras estos hallazgos y el deterioro hemodinámico, se solicitó una TCMC sin y con CIV para descartar disección de aorta, evidenciando como único hallazgo, una masa suprarrenal derecha sin densidad grasa y con discreto realce en el estudio dinámico. Con el diagnóstico radiológico de un posible feocromocitoma, dada la clínica de la paciente, se realizó una RM que mostró los hallazgos típicos del feocromocitoma: masa bien definida hiperintensa en T2, hipointensa en T1 y sin grasa microscópica en la secuencia de Desplazamiento Químico, con un realce arterial periférico y heterogéneo en fase portal tras el CIV. La paciente tenía aumento de las catecolaminas en orina y fue intervenida confirmándose el diagnóstico radiológico.
Discusión :	El shock cardiogénico asociado a STT invertido es una forma de presentación extraordinaria del feocromocitoma. A este tumor, secretor de catecolaminas, se le conoce como “el gran simulador” siendo la tríada clásica: cefalea, palpitaciones y diaforesis, aunque puede presentarse de forma atípica y fatal. Los hallazgos de alteración de la contractilidad y función miocárdica en la ventriculografía y/o ecocardiografía se deben al efecto tóxico de las catecolaminas sobre el miocito, denominado “aturdimiento miocárdico”, que produce una miocardiopatía de estrés. El diagnóstico debe basarse en la sospecha clínica junto con la confirmación analítica y radiológica.
Conclusión:	El feocromocitoma debe incluirse en el diagnóstico diferencial de causas de shock cardiogénico en pacientes jóvenes y coronariografía normal.
Bibliografía:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chevarría J, de Arriba G, Ocaña J, Sánchez-Heras M. Feocromocitoma con consecuencias fatales. ¿Qué podemos aprender de este caso?. Hipertensión y Riesgo Vascular. 2009;26(4):181-183. 2. Molina-Lerma M, Santiago-Díaz P, Arrebola-Moreno A. Shock cardiogénico en paciente con arterias coronarias normales. Cardiacore. 2010;45(4):177-178. 3. Cruz-tejedor M, Esteban A, Waez B, Martín J. Shock cardiogénico secundario a feocromocitoma. Medicina Intensiva. 2006;30(4):185-186. 4. Marijuan Z, Andrés A, Blanco J, Ruiz L. Síndrome de tako-tsubo. Una presentación atípica. Revista Española de Cardiología. 2010;63(3):364-365.
Pie de foto:	En la TC en fase arterial se observa una masa suprarrenal (flecha) bien definida con

	<p>discreto realce de predominio periférico. Los cortes axiales de RM muestran que la masa es hiperintensa en secuencias potenciadas en T2 con saturación grasa, tiene un realce completo heterogéneo en la fase portal del T1 y no hay caída de la señal en el eco gradiente fuera de fase.</p>
--	--