

Miocardopatía de Tako-Tsubo

Núñez Mateos FR¹, Avedillo Carretero MM², Jiménez Meléndez A³, Onrubia Baticón H¹

¹Emergencias I12

²Centro de Salud de Toro

³Centro de Salud Puerta Nueva

Zamora

Paciente que ingresa en UCI procedente de Urgencias por dolor torácico. No tiene antecedentes de alergias medicamentosas. En tratamiento por hipertensión arterial. Sometida a ablación cardiaca hace 3 años en Hospital por taquicardias. Tratamiento habitual con hipotensor que no recuerda.

Alrededor de 12 horas antes de su ingreso, estando en reposo, comienza con dolor interescapular, irradiado a parrilla costal y brazo derecho. El dolor ha continuado con intensidad variable durante toda la noche hasta que se intensifica a las 6 de la mañana, acompañado de sudoración fría y náuseas.

Acude a su centro de salud, donde se realiza ECG, se canaliza vía venosa y se administra AAS y cafinitrina sublingual. En ECG se objetiva ascenso de ST en cara inferior y en V4 a V6. Se avisa a 112 y es trasladada a urgencias para ingresar en UCI ya asintomática.

En este momento la presión arterial es 125/80 mmHg, frecuencia cardiaca 90 lpm, Sat. O2 99%. Buen estado general. Consciente, sin focalidad neurológica. Bien perfundida, coloreada e hidratada,

eupneica. Pulsos centrales palpables y simétricos. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado bilateral. Abdomen blando y depresible, no doloroso, con peristaltismo audible. Extremidades: pulsos distales palpables.

Hemograma: Hb 12,6 g/dl, Hto 37,4%, leucos 8.400 (N 72%), plaquetas 238.000/mm³, tiempo de protrombina 90%. Bioquímica: glu 175 mg/dl, urea 42 mg/dl, creatinina 0,69 mg/dl, Na 140 mEq/l, K 2,4 mEq/l, CPK 1.012 UI/l, CPK-MB 187 UI/l, trop T

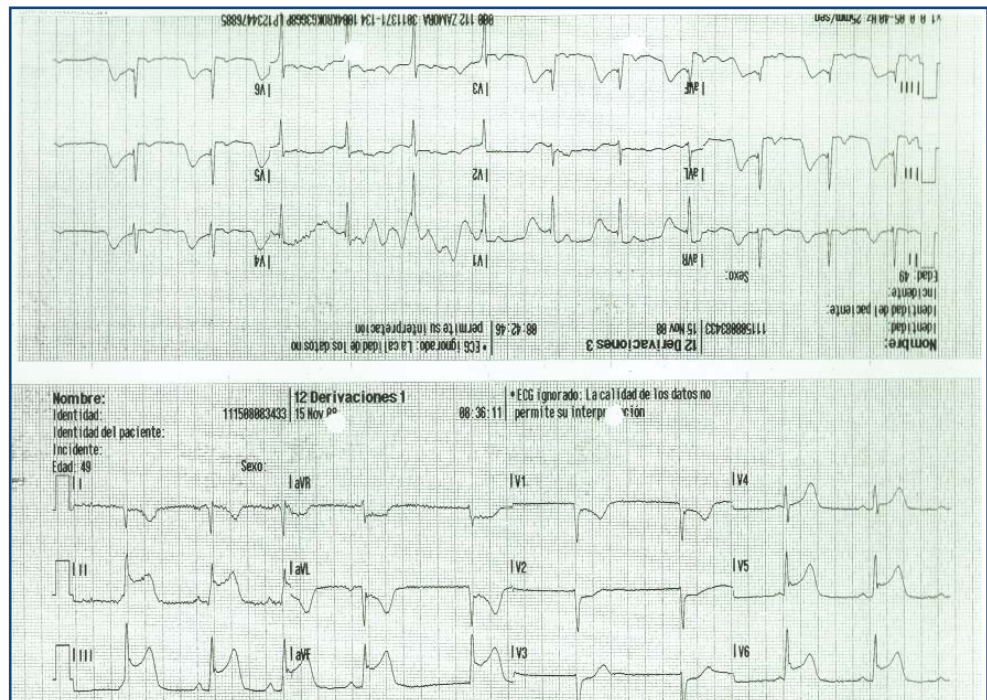


Figura 1

0,61 ng/ml, PCR 10,6 mg/l.

ECG (urgencias): ritmo sinusal a 80 lpm, QR normal, ascenso de ST 3-4 mm en II, III, aVF y de V4 a V6. Precordiales derechas sin alteraciones. ECG (UCI): práctica normalización de segmento ST en cara inferior, persiste elevación de ST de 1-2 mm en V5 y V6. Placa de tórax: cardiomegalia leve, sin otras alteraciones.

A su ingreso en UCI, asintomática, se inicia tratamiento con triple antiagregación, anticoagulación con enoxaparina y betabloqueo con atenolol. Permanece asintomática hasta las 14 horas, en que comienza nuevamente con molestias interescapulares y nueva elevación de segmento ST en cara inferior. Puestos en contacto con Cardiólogo de guardia de Hospital, se decide su traslado a dicho centro para realizar angioplastia urgente.

El informe del cateterismo comenta ventrículo izquierdo no dilatado, con hipoquinesia grave inferoapical, función sistólica global ligeramente deprimida, coronarias angiográficamente normales. Durante el procedimiento presenta fibrilación ventricular de la que sale con choque único de 300 j.

Ante este cateterismo se sugiere que se puede tratar de una cardiomiopatía de Tako-Tsubo, por lo que se retira clopidogrel y anticoagulación. Se inicia tratamiento con betabloqueantes e IECA. Durante su estancia permanece estable hemodinámica y clínicamente, con CPK en descenso y electrocardiograma en que persiste ascenso de ST en cara inferior y lateral.

COMENTARIO

La miocardiopatía por estrés o tipo Tako-Tsubo es un síndrome de aturdimiento miocárdico intenso, precipitado por situaciones de estrés agudo asociado con liberación suprafisiológica de catecolaminas.

La disfunción ventricular izquierda es grave, característicamente reversible y de muy buen pronóstico. La arteriografía coronaria no demuestra lesiones coronarias significativas y la elevación de las enzimas de daño miocárdico es leve. También se conoce como miocardiopatía tipo Tako-Tsubo o como abombamiento apical transitorio del ventrículo izquierdo. Afecta con mayor frecuencia a mujeres ancianas y rara vez al hombre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wittstein IS, Thierman DR, Lima JAC, et al. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *N Engl J Med* 2005;352:539-48.
2. Bybee KA, Kara T, Prasad A, et al. Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2004;141:859-65.
6. Sato H, Tateishi H, Uchida T, et al. Tako-Tsubo type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In: Kodama H, Haze K, Han M, eds. *Clinical aspect of myocardial injury: from ischemia to heart failure (in Japanese)*. Tokio: Kagokuhyouronsya 1990;56-64.
7. Desmet WJR, Adriaenssens BFM, Dens JAY. Apical ballooning of the left ventricle: first series in white patients. *Heart* 2003;89:1027-31.
8. Kawai S, Susuki H, Yamaguchi H, et al. Ampolla cardiomyopathy (Tako-Tsubo's cardiomyopathy) - a reversible left ventricular dysfunction with ST segment elevation. *Jpn Circ J* 2000;64:156-9.
9. Tsuchihashi K, Ueshima K, Uchida T, et al. Transient left ventricular apical ballooning without coronary artery stenosis: a novel heart syndrome mimicking acute myocardial infarction. Angina-pectoris-myocardial infarction investigations in Japan. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:11-8.
10. Kurisu S, Sato H, Kawagoe T, Ishihara M, et al. Tako-tsubo-like left ventricular dysfunction with ST-segment elevation: a novel cardiac syndrome mimicking acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2002;143:448-55.
11. Abe Y, Kondo M, Matsuoka R, et al. Assessment of clinical features in transient left ventricular apical ballooning. *J Am Coll Cardiol* 2003;41:737-42.
12. Bybee KA, Prasad A, Barsness GW, et al. Clinical characteristics and thrombolysis in myocardial infarction frame counts in women with transient left ventricular apical ballooning syndrome. *Am J Cardiol* 2004;94:343-6.