

Siete casos con síndrome de Takotsubo

Jorge Eliécer Sará Ochoa⁽¹⁾; Olga Helena Hernández Ortiz⁽²⁾

Resumen

El síndrome de Takotsubo es una patología clínicamente parecida a la enfermedad coronaria, pero en la que las coronarias son sanas; se diagnóstica con la coronariografía y ventriculografía donde se observa además de la ausencia de lesión intraluminal arterial, una figura cardíaca en forma de recipiente para atrapar pulpos. Es más frecuente en mujeres, sobre la quinta década; se presenta muchas veces con un episodio de estrés como desencadenante y en pacientes con antecedentes psiquiátricos. El cuadro clínico se atribuye a una liberación abrupta de catecolaminas. El manejo se realiza en la unidad de cuidados intensivos con medidas para controlar la falla cardíaca con el uso de inotrópicos y en algunos casos con betabloqueadores. La letalidad es muy baja. En este reporte de siete casos, los resultados demográficos coinciden con la literatura mundial y a pesar de ser muy infrecuente, se debe prever entre los diagnósticos diferenciales del paciente con clínica de enfermedad coronaria.

PALABRAS CLAVE: miocardiopatía de Takotsubo, miocardiopatía, corazón roto, Takotsubo.

⁽¹⁾Anestesiólogo de la Universidad de Cartagena. Intensivista de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín. Epidemiólogo Clínico de la Universidad de Antioquia (Estudiante de maestría de 4 semestre). Intensivista, Clínica Medellín, Medellín. Intensivista en INDEC, Medellín.

⁽²⁾Internista de la Universidad de Antioquia. Intensivista de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín. Epidemióloga Clínica de la Universidad de Antioquia (Estudiante de maestría de 4 semestre). Intensivista, Clínica Medellín, Medellín. Intensivista en INDEC, Medellín.

Correspondencia:
Centro: Clínica Medellín, Calle 53#46-38, Medellín, Colombia.
Correo electrónico:
jeso72@gmail.com,
olgahdezo@yahoo.com
Teléfonos: 574-2644152, 574-5115696

Recibido: 18/04/2014.
Aprobado: 29/05/2014.

Seven cases of Takotsubo cardiomyopathy

Abstract

Takotsubo cardiomyopathy is an acquired disease prevalent in elderly women, this disease mimics to coronary syndrome with chest pain, dyspnea, wall motion abnormality, hyperkinesia of the basal segments, electrocardiographic changes, elevated cardiac biomarkers, but absence of coronary artery disease. Many patients have recent history of emotional or physical stress. We reported seven cases with clinic characteristics very similar to cases reported on the world. Our mortality was one patient of seven.

KEYWORDS: Takotsubo cardiomyopathy, cardiomyopathy, Takotsubo, broken heart.

Introducción

El síndrome de Takotsubo es una patología de reciente descripción, similar, desde el punto de vista clínico, a la enfermedad coronaria aguda, a diferencia de que no se encuentra evidencia de obstrucción arterial coronaria durante la coronariografía. Fue descrita por primera vez en 1991, en Japón, sitio donde se reportaron cinco casos (1). Su nombre obedece a la similitud de la figura cardíaca con el recipiente usado para atrapar pulpos por pescadores en de esa región (2). La Sociedad Americana del Corazón la reconoce como una miocardiopatía primaria y adquirida (3).

Pacientes y métodos

Se efectuó un reporte de siete casos en los que se evaluaron las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de síndrome de Takotsubo, evidenciado por ventriculografía, durante los años 2009 a 2012, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de la Clínica Medellín, Colombia (tabla 1). Los criterios diagnósticos durante la ventriculografía fueron: aquinesia apical, hiperquinesia basal y coronarias sanas.

TABLA I. Características de los pacientes con síndrome de Takotsubo (n= 7).

Edad media	76 años
Mujeres	6 pacientes
Fracción de eyección media, al ingreso a UCI	38% (40%-20%)
Motivo de consulta:	
Dolor precordial	6 pacientes
Agitación motora	1 paciente
APACHE II de ingreso a UCI, mediana	11
Estancia en UCI, media	6,2 días (2-17 días)
Muerte	1 paciente
Uso de inotrópicos	2 pacientes
Antecedentes psiquiátricos	2 pacientes
Elevación del segmento ST al ingreso	5 pacientes

Siete pacientes cumplieron con los criterios de síndrome de Takotsubo; de éstos uno era de género masculino y seis del femenino, con una mediana de edad de 76 años, valor mínimo de 47 años y máximo de 86 años. El motivo de consulta de seis pacientes fue dolor precordial y el del restante agitación psicomotora. En tres pacientes no se midieron los niveles de troponina, uno de ellos por haberse hospitalizado desde la consulta externa cuando asistía a ecocardiografía ambulatoria y los demás porque tuvieron niveles elevados con valor mínimo de 0,28 ng/mL y máximo de 2,32 ng/mL. Al igual que con la troponina, en dos pacientes no se midieron los niveles de creatín fosfoquinasa (CK-MB); los cinco restantes tuvieron niveles mínimo de 18 UI/L y máximo de 63 UI/L. El paciente con CK-MB de 63 UI/L, falleció. La fracción de eyección medida durante la ventriculografía osciló entre 20% y 50%, con mediana de 40% y media de 38%. En cinco de siete pacientes se evidenció elevación del segmento ST; sólo uno de los siete presentó inversión de la onda T. El APACHE II estuvo entre 9 y 25; esta última cifra corresponde al paciente fallecido. El tiempo de hospitalización fue de 2 a 17 días; el paciente que murió fue quien más días permaneció. Finalmente, uno de siete pacientes murió; dos requirieron inotrópicos; dos de los siete presentaban patología psiquiátrica previa.

Discusión

El síndrome de Takotsubo es diagnosticado en el 2% de los pacientes con clínica de infarto miocárdico con elevación del ST (IAMST) (4), más frecuentemente en mujeres post-menopáusicas (5) y en asiáticos que en caucásicos (6). El pronóstico es favorable; se considera que la mortalidad intrahospitalaria está por debajo del 2% (7). Hay varios factores implicados en desencadenar el proceso fisiopatológico, tales como el estrés emocional o físico y la enfermedad gastrointestinal (8).

En este reporte de casos el 85,7% correspondió a pacientes femeninos, después de los 53 años de edad. La tasa de letalidad fue de uno entre

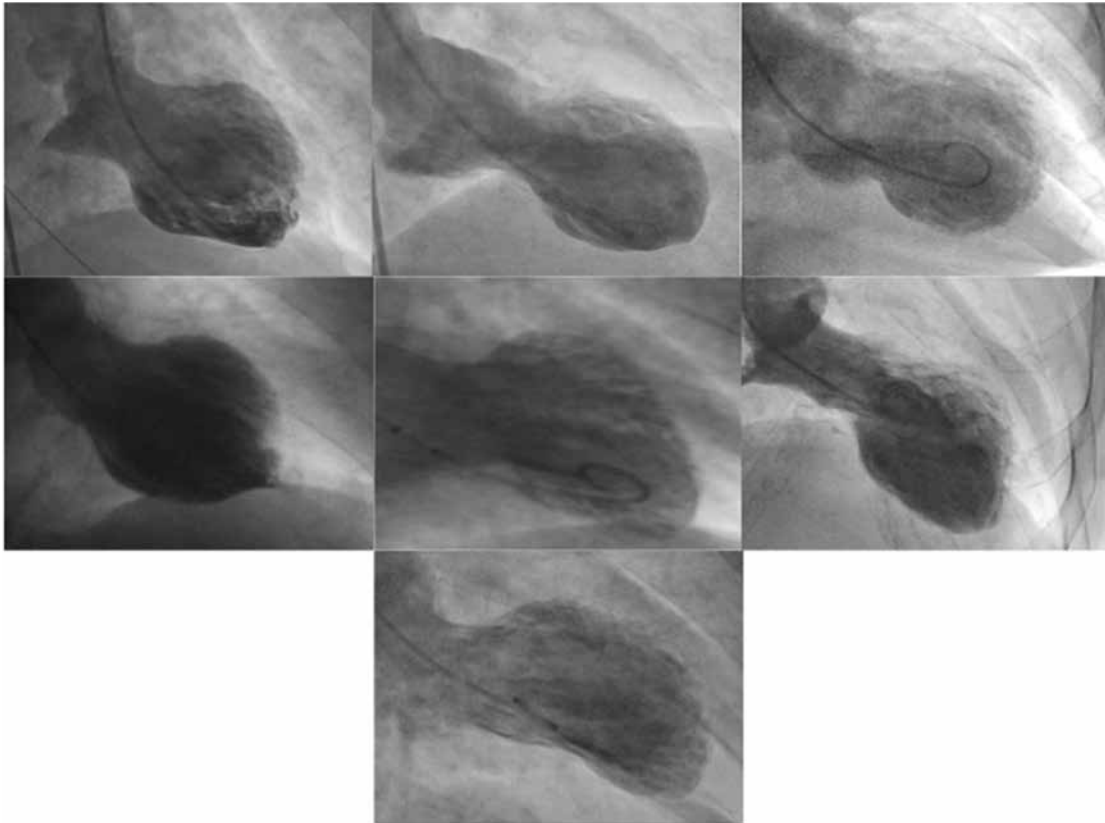


FIGURA 1. Fotos de la imagen durante la ventriculografía del corazón de cada paciente; forma de recipiente para cazar pulpos.

siete (14%), y dos de siete (28%), presentaban antecedentes de patología psiquiátrica.

La observación electrocardiográfica clásica es la elevación del ST en el 70% al 80% de los casos, seguida por las anomalías de la onda T en el 64% y ondas Q patológicas en el 32% (4). Algunos casos cursan con alteraciones del Q-T e inversión o aplanamiento de la onda T (5). Una publicación reciente encontró elevación del ST en el 42% de los pacientes, así como elevación de enzimas cardíacas (troponina T, I o CK-MB) en todos ellos (9).

En los casos analizados, el 85% se manifestó como dolor precordial y el 15% como agitación motora. Igualmente, el 71,4% de los casos tuvo elevación del segmento ST y el 14,2% presentó inversión de la onda T. Hubo, además, aumento de troponinas en cuatro de siete pacientes (57%); vale aclarar que en los restantes no se midió por motivos diversos. Solo dos de siete presentaron aumento de CK-MB sobre 30 UI/L;

dos tenían niveles de CK-MB por debajo de 30 UI/L y dos no tenían medición de CK-MB; el promedio de fracción de eyección fue del 38,2%.

La etiología del síndrome de Takotsubo se desconoce. Varias publicaciones demuestran niveles de catecolaminas elevados durante la manifestación del síndrome, lo que podría originar el cuadro clínico ya descrito (10).

El pronóstico es bueno, con un promedio de recuperación de dos a tres semanas (11).

En este reporte de casos se determinó un APACHE II de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, entre 9 y 25; este último correspondió al paciente fallecido; el promedio total de hospitalización fue de seis días y una mediana de tres.

Conclusión

El síndrome de Takotsubo es de muy baja incidencia en nuestro medio. Debuta con cuadro de dolor precordial, elevación de enzimas

cardiacas, alteraciones electrocardiográficas y reducción de la fracción de eyección cardiaca. Su desencadenante más común es el estrés físico o emocional; el diagnóstico, además del cuadro clínico, se hacen con la ventriculografía, donde se aprecia la forma característica de recipiente para atrapar pulpos, adoptada por el corazón. En nuestro medio, las características demográficas y la presentación clínica se asemejan a las reportadas en la literatura: edad avanzada, género femeninos, aumento de troponinas y baja fracción de eyección cardiaca.

En definitiva, ante un paciente que cumpla las características en mención y su cuadro clínico apunte a enfermedad coronaria aguda, es imperativo descartar entre los diagnósticos el síndrome de Takotsubo, circunstancia en la que será de gran ayuda la arteriografía, por lo general reportada normal, y la ventriculografía, en la que se observará la imagen que se asemeja al recipiente de atrapar pulpos, de donde toma su nombre este síndrome.

Conflictos de interés

Los autores expresan no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. Dote K, Sato H, Tateishi H, Uchida T, Ishihara M. Myocardial stunning due to simultaneous multivessel coronary spasms: a review of 5 cases. *J Cardiol.* 1991; 21 (2): 203-14.
2. Sachio Kawai, Hiromasa Suzuki, Hiroshi Yamaguchi, Ken Tanaka H sawada. Ampulla cardiomyopathy (Tako-tusbo cardiomyopathy)- reversible left ventricular dysfunction- with ST segment elevation. *Jpn Circ J.* 2000; 64: 156-9.
3. Maron BJ, Towbin J a, Thiene G, Antzelevitch C, Corrado D, Arnett D, et al. Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies: an American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Function. *Circulation.* 2006; 113 (14): 1807-16.
4. Gianni M, Dentali F, Grandi AM, Sumner G, Hiralal R, Lonn E. Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. *Eur Heart J.* 2006; 27 (13): 1523-9.
5. Bybee KA, Prasad A, Barsness GW, Lerman A, Jaffe AS, Murphy JG, 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 (3): 343-6.
6. Donohue D, Movahed MR. Clinical characteristics, demographics and prognosis of transient left ventricular apical ballooning syndrome. *Heart failure reviews.* 2005; 10 (4): 311-6.
7. Elesber AA, Prasad A, Lennon RJ, Wright RS, Lerman A, Rihal CS. Four-year recurrence rate and prognosis of the apical ballooning syndrome. *J Am Coll Cardiol.* 2007; 50 (5): 448.452.
8. Eshtehardi P, Koestner SC, Adorjan P, Windecker S, Meier B, Hess OM, et al. Transient apical ballooning syndrome -clinical characteristics, ballooning pattern, and long-term follow-up in a Swiss population. *Int J Cardiol.* 2009; 135 (3): 370-5.
9. Primetshofer D, Agladze R, Kratzer H, Reisinger J, Siostrzonek P. Tako-Tsubo syndrome: an important differential diagnosis in patients with acute chest pain. *Wiener klinische Wochenschrift.* 2010; 122 (1-2): 37-44.
10. Wittstein I, Thiemann D, Lima J, Baughman K, Schulman S, Gerstenblith G, et al. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *N Engl J Med.* 2005; 352 (6): 539-48.
11. Bybee K a, Prasad A. Stress-related cardiomyopathy syndromes. *Circulation.* 2008; 118 (4): 397-409.