

#015 | Tako-Tsubo medio ventricular: recurrencia de una variante atípica

Florencia Vallejo¹; Daniela Trindade¹; Natalia Nóbile¹; Federico De La Rosa¹; Juan Pablo Bachini¹

1 - Unidad Académica de Cardiología, Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

Introducción:

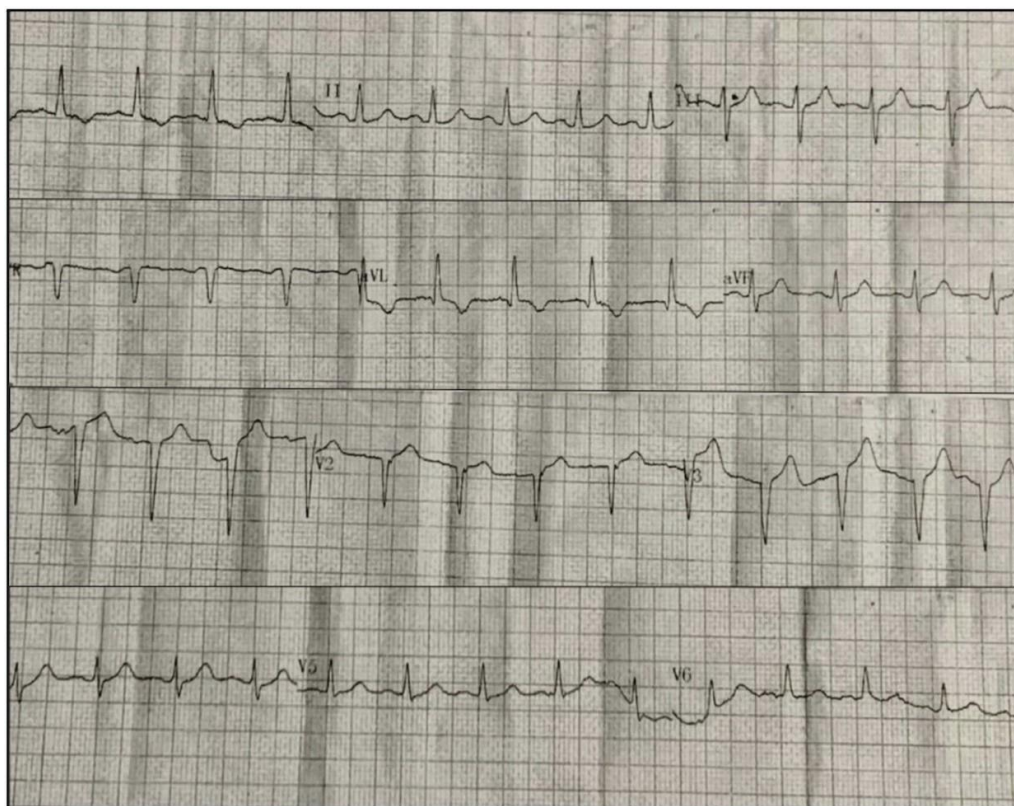
La miocardiopatía de Tako-Tsubo se presenta como un SCA sin lesiones coronarias y con alteraciones transitorias de la motilidad del VI. La variante típica es la mas frecuente y se presenta con hipoquinesia y balonamiento de los segmentos apicales. Existen otras formas de presentación atípicas menos frecuentes. La recurrencia es poco habitual.

Historia clínica:

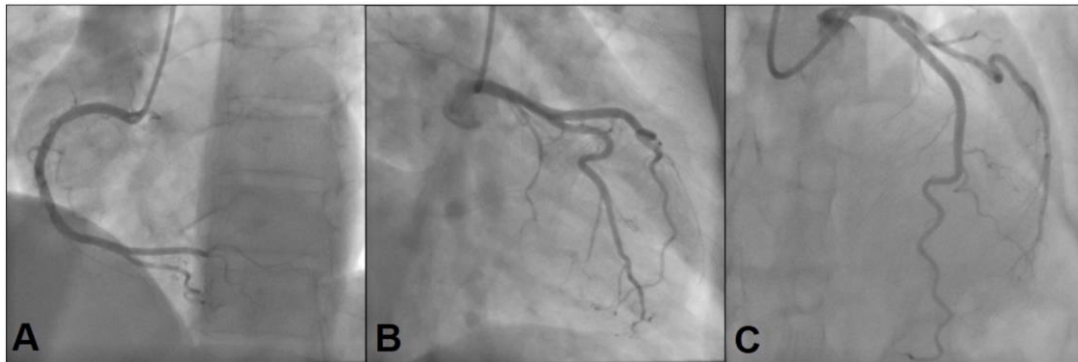
Sexo femenino, 72 años, sin antecedentes. Consultó en emergencia por angor de reposo con síndrome neurovegetativo luego de suceso vital estresante. El examen físico fue normal.

Pruebas complementarias:

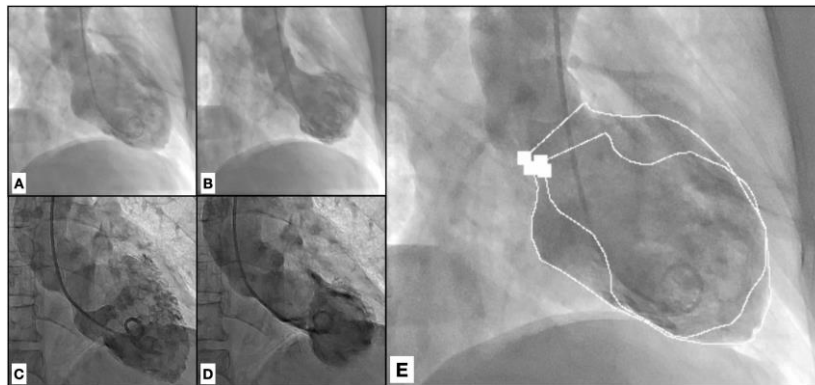
El ECG evidenció escaso crecimiento de onda R de V1-V3 e inversión de ondas T en cara lateral (Figura 1).



Las troponinas fueron positivas. La CACG evidenció coronarias sin lesiones (Figura 2).



La ventriculografía izquierda evidenció aquinesia de los sectores medios y motilidad conservada de los sectores basales y del ápex (Figura 3 A, B y E). Se realizó diagnóstico de Tako-Tsubo medioventricular y se inició tratamiento con IECA y BB. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta. ETT al mes sin alteraciones. La paciente abandona el tratamiento y al año del evento inicial reitera SCASEST, CACG sin lesiones coronarias y ventriculografía con mismos hallazgos (Figura 3 C y D).



Diagnóstico:

Síndrome de Tako-Tsubo medioventricular recurrente.

Discusión:

El Síndrome de Tako-Tsubo fue descrito por primera vez por Hikaru Sato en los noventa. Su nombre proviene de la forma que adopta el VI, que remeda las vasijas japonesas utilizadas para pescar pulpos. Representa 1-3% de todos los IAM y predomina en el sexo femenino. Aunque las alteraciones de la motilidad miocárdica son reversibles y clásicamente se consideraba un cuadro benigno, en el contexto agudo puede presentarse con inestabilidad hemodinámica o eléctrica y asociarse a la muerte. Los mecanismos fisiopatológicos subyacentes no están bien definidos, pero el sistema nervioso simpático y el exceso de catecolaminas están implicados en su patogenia. El fenotipo más común es el balonamiento apical, que representa un 70-80% de los casos. Las variantes atípicas son menos frecuentes, y la medioventricular constituye un 20% de los casos. Aunque estas presentaciones se observan en pacientes más jóvenes y con menor afectación de la FEVI, no demostraron diferencias en el pronóstico respecto a la variante típica. La recurrencia es poco frecuente (1,8% por paciente/año), sobre todo en las variantes atípicas. La reiteración del mismo fenotipo apoya un mecanismo fisiopatológico basado en la distribución asimétrica de los receptores adrenérgicos en el miocardio. La evidencia respecto al tratamiento y la prevención de recidivas es escasa.