

Reporte de Caso

Síndrome de Takotsubo: reporte de caso y revisión de literatura

Takotsubo's Syndrome: a case report and literature review

JOHANN DÍAZ ROMERO¹ , ALEXIS IDROBO PAREDES² 

Resumen

El síndrome de Takotsubo es una entidad poco frecuente y poco diagnosticada según la literatura médica, se presenta principalmente en pacientes con síntomas similares al de un síndrome coronario agudo desencadenado ante un evento estresante. Presentamos el caso de una paciente con cuadro clínico de dolor torácico típico secundario a discusión familiar a quien inicialmente se enfocó como un síndrome coronario agudo y que durante la hospitalización se confirmó el síndrome de Takotsubo de acuerdo a los criterios de la Clínica Mayo. Nuestro interés es el de reportar este caso con el fin de alertar y promover su inclusión como diagnóstico diferencial del síndrome coronario agudo.

Palabras Clave: Cardiomiopatía, Síndrome del corazón roto, Síndrome de balonamiento apical, Takotsubo.

Abstract

Takotsubo syndrome is a rare entity and is not well diagnosed according to the medical literatura, it occurs mainly in patients with symptoms similar to an acute coronary syndrome triggered by a stressful event. We present the case of a patient with clinical symptoms of

chest pain secondary to family discussion who initially focused as an acute coronary syndrome and who during the hospitalization was confirmed Takotsubo syndrome according to the criteria of the Mayo Clinic. Our interest is to report this case in order to alert and promote its inclusion as a differential diagnosis of acute coronary syndrome.

Keywords: Cardiomyopathy, Broken Heart Syndrome, Apical Ballooning Syndrome, Takotsubo.

Introducción

El síndrome de Takotsubo, también conocido como cardiopatía por estrés o síndrome del corazón roto¹, se caracteriza por la disfunción transitoria del ventrículo izquierdo con un patrón de movimiento único, anormal y no explicable por enfermedades como isquemia coronaria o lesión valvular², se diagnostica frecuente y erróneamente como un síndrome coronario agudo por su presentación clínica² la cual simula un infarto agudo de miocardio con un cuadro clínico de dolor torácico típico, cambios del segmento ST y de la onda T en las derivaciones precordiales², así como elevación de biomarcadores de necrosis cardíaca².

¹ Docente de Medicina Interna, Médico y Cirujano, Especialista en Medicina Interna, Grupo de Investigación en Medicina Crítica y Trastornos Metabólicos, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. e-mail: johanndiaz60@hotmail.com

² Médico General, Grupo de Investigación en Medicina Crítica y Trastornos Metabólicos, Universidad Libre Seccional Cali. e-mail: alexis_mederi@hotmail.com

Recibido: mayo 11 de 2020

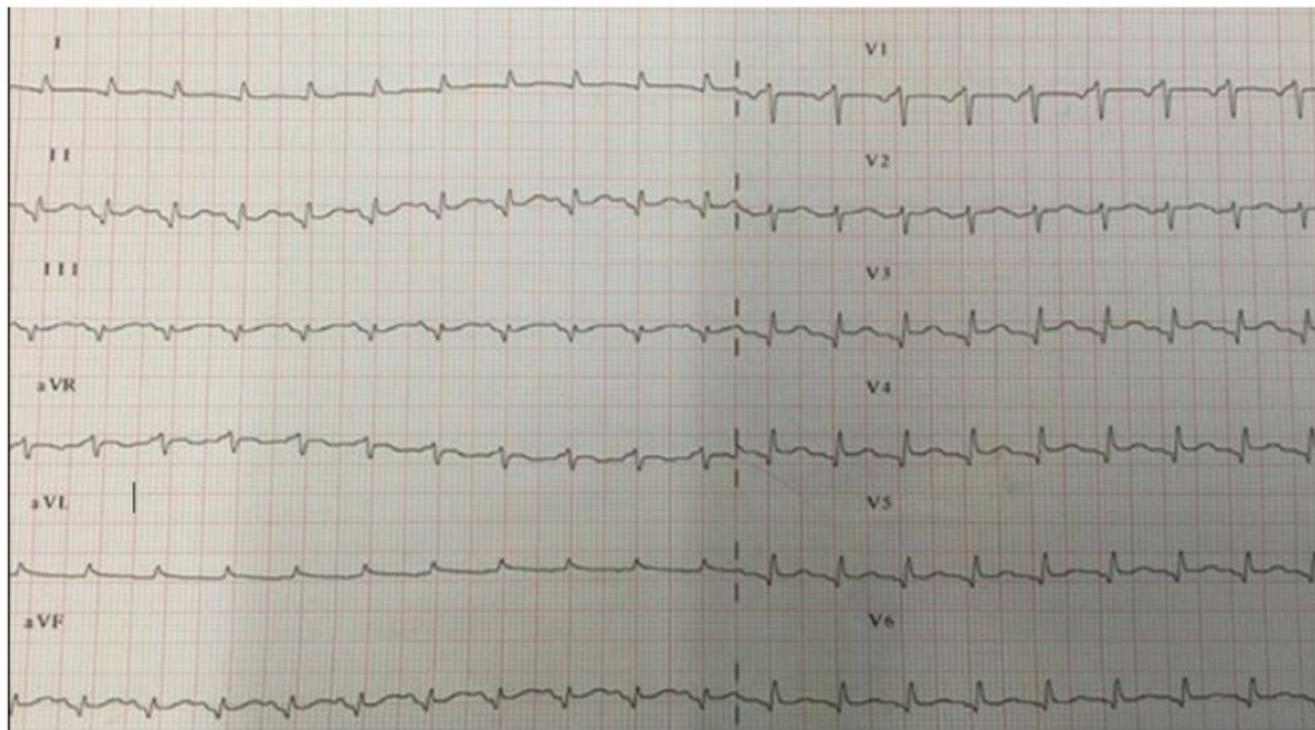
Revisado: mayo 29 de 2020

Aceptado: junio 23 de 2020

Cómo citar: Díaz Romero J, Idrobo Paredes A. Síndrome de Takotsubo: reporte de caso y revisión de literatura. *Rev Colomb Salud Libre*. 2020; 15 (1): e615300. <https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2020v15n1.5300>

<https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2020v15n1.5300>

Figura 1. Electrocardiograma



Fuente: Elaboración propia.

Una característica importante es que los síntomas son precipitados por estrés físico o psicológico^{3,4}. El síndrome de Takotsubo se describió por primera vez en Japón⁵ y recibe el nombre por la semejanza entre la morfología del ventrículo izquierdo y la vasija que utilizan los pescadores para atrapar pulpos⁵, se presenta predominantemente en el sexo femenino con una media de presentación entre los 60 y 75 años⁶. Los pacientes que cursan con esta patología en general tienen un buen pronóstico¹ y la recuperación total ocurre entre cuatro a ocho semanas en el 95% de los casos¹.

Presentación del caso

Paciente femenina de 76 años con antecedente de hipertensión arterial, ingresó al servicio de urgencias por cuadro clínico de 2 horas de evolución consistente en dolor opresivo en región precordial irradiado a región interescapular y miembro superior izquierdo, con intensidad de 10/10 según escala análoga del dolor, asociado a diaforesis, palidez

Tabla 1. Signos vitales

Frecuencia cardíaca: 98 lpm
Frecuencia respiratoria: 20rpm
Tensión arterial: 100/60mmHg
Temperatura: 36.5°C
Saturación de oxígeno: 92%

Fuente: Elaboración propia.

generalizada, astenia, adinamia y disnea de medianos esfuerzos, refirió que los síntomas iniciaron posterior a una discusión familiar, sin otro desencadenante.

A la inspección general se encontraba álgica, con los siguientes signos vitales (Tabla 1), al examen físico en regulares condiciones generales, con mucosas húmedas y pálidas, sin ingurgitación yugular, a la auscultación ruidos cardíacos rítmicos de bajo tono e intensidad sin soplos audibles, murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados, abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas o megalias a la palpación, sin soplos a la

<https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2020v15n1.5300>

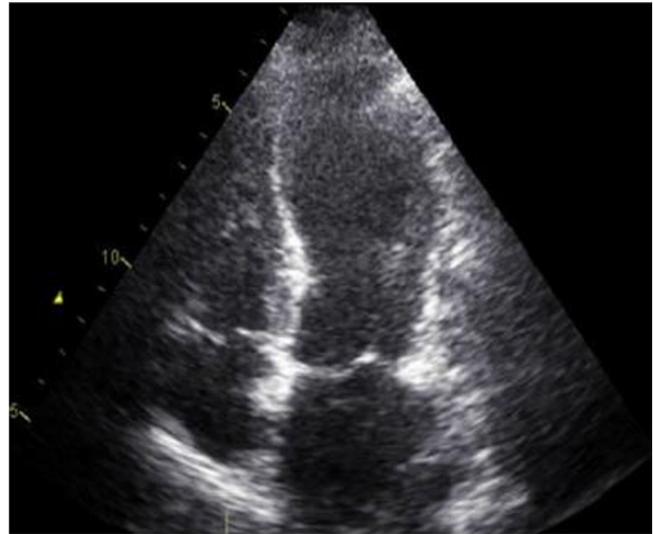
auscultación, extremidades frías, diaforéticas, sin edemas, con llenado capilar <2 segundos.

Al ingreso se enfocó como un síndrome coronario agudo, se solicitó electrocardiograma (Figura 1) que evidenció ritmo sinusal, elevación del segmento ST en DII, DIII, aVF y desde V3 a V6 por lo que se dio manejo con terapia antiisquémica (ácido acetil-salicílico 300mg y clopidogrel 300mg de carga), anticoagulación con enoxaparina y se realizó trombólisis con activador de plasminógeno tisular para posteriormente ser internada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Durante la estancia en UCI se realizó ecocardiograma (Figura 2) que reveló datos sugestivos de cardiopatía hipertensiva, insuficiencia mitral leve, hipocinesia septal-lateral en tercio medio y apical, hipocinesia moderada-severa del casquete apical con abalnamiento del ápex y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo con fracción de eyección del 40%, además se realizó una angiografía coronaria (Figura 3) que descartó lesiones de los vasos coronarios. Dado el contexto clínico del ingreso se realizó sospecha diagnóstica de síndrome de Takotsubo el cual se confirmó mediante los criterios de la Clínica Mayo (Tabla 2).

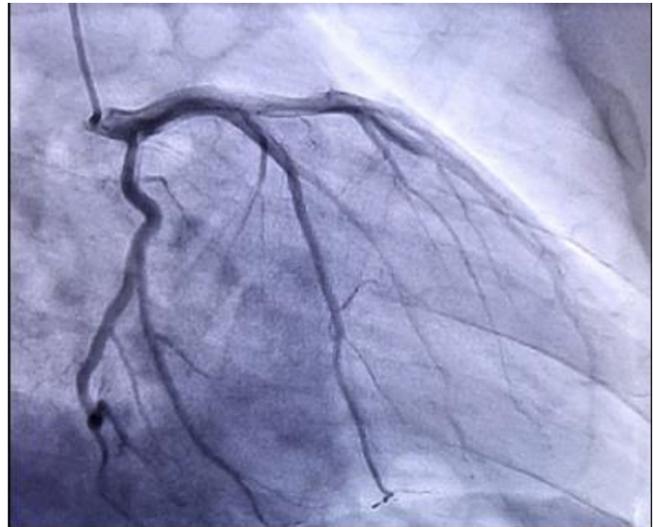
Finalmente, la paciente cursó su estancia en UCI y en hospitalización general con buena evolución clínica por lo que fue dada de alta, al seguimiento ambulatorio se presentó asintomática, sin deterioro de su clase funcional ni sintomatología cardíaca.

Figura 2. Ecocardiograma



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Angiografía coronaria



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Criterios diagnósticos del síndrome de Takotsubo

1. Hipocinesia, acinesia o discinesia transitoria de los segmentos medios del ventrículo izquierdo, con o sin compromiso apical: los trastornos de motilidad se extienden más allá de una distribución vascular epicárdica; un episodio de estrés disparador, pero no siempre presente
2. Ausencia de enfermedad coronaria obstructiva o evidencia angiográfica de ruptura de placa
3. Anormalidades electrocardiográficas nuevas (desviación del segmento ST y/o inversión de la onda T) o elevación moderada de las troponinas
4. Ausencia de feocromocitoma y/o miocarditis

Fuente: Adaptado de Senior *et al.*, 2015.

Discusión

En 1990, Sato y colaboradores describieron por primera vez el síndrome de Takotsubo¹, se calcula que su incidencia anual es de 0,00006% a 0,05%⁶. El síndrome afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas de edad avanzada, característicamente asociado a un evento de estrés emocional agudo¹, aunque también está relacionado con estrés físico y procedimientos quirúrgicos^{7,8}, lo que es una de las características presentadas en nuestro caso clínico.

Su fisiopatología no ha sido bien determinada, por lo que no se ha logrado un consenso¹ pero se han propuesto hipótesis⁵ como espasmos multivasos, ruptura de placas no obstructivas con trombólisis espontánea⁹, obstrucción dinámica, aguda, grave y transitoria del tracto de salida con aumento de la presión telediastólica⁹, alteraciones microvasculares⁹, síndrome coronario agudo de resolución espontánea y precoz en pacientes con lesión en la porción media de la arteria interventricular anterior no visible por angiografía⁹ y daño miocárdico por elevación brusca de catecolaminas durante el evento estresante que desencadena el cuadro clínico⁹.

En los estudios de imagen, es característica la acinesia de los segmentos apical y medio de todas las paredes del ventrículo izquierdo⁸, asociado a hipercinesia de los segmentos basales en pacientes con arterias coronarias sin lesión aterosclerótica importante y con recuperación espontánea de la contractilidad del miocardio^{8,9}. El electrocardiograma inicial muestra con frecuencia elevación del segmento ST en precordiales (60-100%) y cambios de onda T, así mismo pueden presentar ondas Q (6-30%)⁴ lo que concuerda con la descripción del electrocardiograma de nuestra paciente, por otra parte los biomarcadores de necrosis cardíaca se elevan por la curva enzimática rápidamente evoluciona a la normalización², en el caso de

las troponinas, éstas se elevan en un 85% de los casos mientras que la CPK lo hace en el 40%²; otro hallazgo importante es la angiografía que no evidencia lesiones significativas¹⁰, como lo es en el caso de nuestra paciente, de igual manera se evidencian ventriculografías donde se presenta el abalnamiento apical del ventrículo izquierdo¹⁰ lo que da el nombre a esta entidad.

Para el diagnóstico se utilizan los propuestos desde el 2008 por la Clínica Mayo¹ (Tabla 2) donde se requiere de la ausencia de enfermedad coronaria obstructiva o evidencia angiográfica de ruptura aguda de placa, además de cambios en el electrocardiograma asociados al ventrículo izquierdo^{1,10} así como el descarte de entidades como miocarditis y feocromocitoma¹⁰. El pronóstico es benigno, sin embargo esta patología no está exenta de complicaciones graves⁶ de las cuales la insuficiencia cardíaca es la más frecuente, hasta en un 20% de los casos⁷, otras complicaciones son las arritmias ventriculares en un 10% de los casos⁷, el shock cardiogénico en un 5% de los casos⁷, el edema agudo de pulmón, la insuficiencia mitral, la formación de trombos murales, la ruptura de pared del ventrículo izquierdo, el paro cardiorrespiratorio e incluso la muerte⁹, complicaciones que se deben detectar a tiempo con vigilancia activa para su prevención, siendo la condición clínica de nuestra paciente la reportada en la literatura con un adecuado desenlace, pues hay reportes de recuperación completa en el 95% de los casos entre los 7 y 37 días posteriores al evento^{1,10}

Conclusiones

El síndrome de Takotsubo es una patología poco común y poco diagnosticada que se presenta simulando un síndrome coronario agudo por lo que se debe considerar como el diagnóstico diferencial en pacientes femeninas postmenopáusicas que debuten con síntomas coronarios desencadenados

por estrés psicológico o emocional y donde se documente el abalanzamiento apical del ventrículo izquierdo, dado que el 95% de los casos según la literatura tendrán un buen desenlace se deben vigilar y prevenir las posibles complicaciones secundarias a esta entidad.

Conflicto de intereses

Los autores refieren no presentar conflictos de intereses.

Fuente de financiamiento

Los autores declaran no haber recibido recursos para la producción del artículo, se usaron recursos propios.

Referencias

1. Senior J. M., Tamayo Artunduaga N, Fernández Cadavid A, Rodríguez Dimuro A. Cardiomiopatía de Takotsubo. *Iaetria*. 2015; 28 (2): 202-206. <http://doi.org/10.17533/udea.iaetria.v28n2a11>.
2. Rojas Jiménez S, Lopera Valle J. S. Cardiomiopatía de Takotsubo, el gran imitador del infarto agudo del miocardio. *Rev CES Med*. 2012; 26 (1): 107-210. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v26n1/v26n1a10.pdf>
3. García González M. J., Ruíz Carbajo F. J., García González M. Miocardiopatía por estrés o síndrome del corazón roto. *FML*. 2017; 21 (19): 3p. <https://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201709/takotsuborev.pdf>
4. Monteserín Matesanz C, Piñeiro Otero P, González Benito E, López Martínez M, González Cantero J. L. Síndrome de Takotsubo A propósito de un caso. *Rev Argent Anestesiología*. 2017; 75 (2): 70-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.raa.2017.04.004>
5. Ravelo Dopico R, Martínez García G, Yunez Saab P. Síndrome de Tako-Tsubo como diagnóstico diferencial del infarto de miocardio. *Rev Cub Med Milit*. 2016; 45 (3): 379-384. <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v45n3/mil13316.pdf>
6. Núñez I, Molibán M, Bernardo E, Ibáñez B, Ruíz B, García J. C. et al. Síndrome de Tako-Tsubo e insuficiencia cardiaca: seguimiento a largo plazo. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65 (11): 996-1002. <https://www.revespcardiol.org/en-linkresolver-sindrome-tako-tsubo-e-insuficiencia-cardiaca-S0300893212003302>
7. Gaspar J, Gómez R. A., Síndrome de Tako-Tsubo (Discinesia antero-apical transitoria): Primer caso descrito en América Latina y revisión de la literatura. *Arch Cardiol Mex*. 2004; 74: 205-214. <http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v74n3/v74n3a8.pdf>
8. Navarro F. A. Tako-tsubo. *Rev Esp Cardiol*. 2017; 70: 69. <http://DOI:10.1016/j.recesp.2016.11.013>
9. Templin C, Ghadri J. R., et al. Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. *N Engl J Med*. 2015; 37 (3): 929-938. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1406761>
10. Rueda D, Aguirre R, Contardo D, Finocchietto P, Hernández S, di Fonzo H. Takotsubo Myocardiopathy and Hyperthyroidism: A Case Report and Literature Review. *Am J Case Rep*. 2017; 18: 865-870. <https://doi.org/10.12659/ajcr.905121>