

Recidiva de *takotsubo*. Una forma poco frecuente de presentación del síndrome coronario agudo

Recurrent takotsubo cardiomyopathy. Case presentation in an acute coronary syndrome

Eduardo D. Gabe¹, Francisco Peralta Bazán², Florencia Sartori², Evangelina Segovia², Juan del Pozo³

RESUMEN

Se presenta un caso inusual de recaída de miocardiopatía *takotsubo* en una mujer de 85 años, un mes después del primer episodio. En ambas oportunidades, las características principales fueron dolor torácico, cambios electrocardiográficos y biomarcadores cardíacos positivos que recuerdan un síndrome coronario agudo en el contexto de situaciones de estrés.

Palabras claves: *takotsubo*, síndrome coronario agudo, recidivante, miocardiopatía por estrés.

ABSTRACT

We introduce an unusual case of relapsing takotsubo cardiomyopathy, in an 85 years old woman, one month after the first episode. In both opportunities, the main characteristics were chest pain, electrocardiographic changes, and positive cardiac biomarkers reminding an acute coronary syndrome in context of stressful situations.

Keywords: *takotsubo*, acute coronary syndrome, stress cardiomyopathy, relapsing.

Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista 2016;7(1):028-031

INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía *takotsubo* (MCT) es definida como un síndrome coronario agudo con arterias coronarias angiográficamente sin lesiones significativas o con obstrucciones que no justifican los trastornos de la motilidad ventricular, de carácter transitorio, por la posterior recuperación completa de la contractilidad y función ventricular izquierda. Varias series han relatado los rasgos clínicos distintivos del síndrome con su característica alteración ventricular izquierda de *apical ballooning*. Solo algunos informes aislados describen que la recurrencia de la misma es poco frecuente, y otras pocas comunicaciones describen el pronóstico a corto y largo plazo¹. El propósito de este manuscrito es presentar y analizar un caso poco frecuente de MCT recidivante.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 85 años, hipertensa y dislipémica en seguimiento ambulatorio por consultorios de Cardiología por haber presentado 8 meses atrás una MCT del tipo clásico apical, con restitución completa. En tratamiento con bisoprolol 5 mg/día (lo suspendió por su cuenta 1 mes previo a la consulta) y enalapril.

Antecedentes, enfermedad actual y exploración física. Ingresó por presentar dolor precordial opresivo de 2 horas de duración en clase funcional IV luego de una fuerte discusión familiar. En el electrocardiograma realizado en dicha consulta se observa un supradesnivel del segmento ST de 3 mm en precordiales (V₂-V₃) (**Figura 1**) que no presentaba un mes antes, razón por la que es internada en UCO.

En la exploración física presentaba una tensión arterial de 130/80 mmHg con una frecuencia cardíaca de 76 lpm. Soplo sistólico de estenosis aórtica moderada preexistente. Sin signos de insuficiencia cardíaca.

Pruebas complementarias. Análisis de laboratorio: hemograma y función renal normales; CPK 120 U/l; fracción MB 16 ng/ml (VN: 6,1 ng/l); troponina ultrasensible 374 ng/l (VN: <14 ng/l); Pro BNP 3200 pg/ml.

Radiografía de tórax anteroposterior: índice cardiotorácico aumentado. Senos costofrénicos libres sin signos de insuficiencia cardíaca.

1. PhD. FACC. Jefe Unidad Coronaria.

2. Residente Cardiología.

3. Jefe de Residentes Cardiología.

Sanatorio Otamendi y Miroli. CABA, Argentina.

✉ Correspondencia: Dr. Eduardo D. Gabe | Sanatorio Otamendi y Miroli, Azucena 870, (C1115AAB) CABA, Argentina | Tel 4963-8888 | edudagabe@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Recibido: 26/11/2015 | Aceptado: 06/01/2016

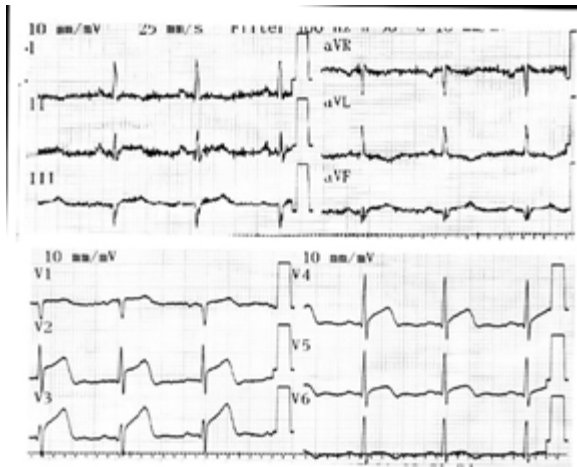


Figura 1. ECG de 12 derivaciones donde se puede observar onda q rápida en DIII y aVF (iguales al previo) y supradesnivel del segmento ST de V2 a V6 en coincidencia con dolor precordial opresivo de 2 horas de evolución.

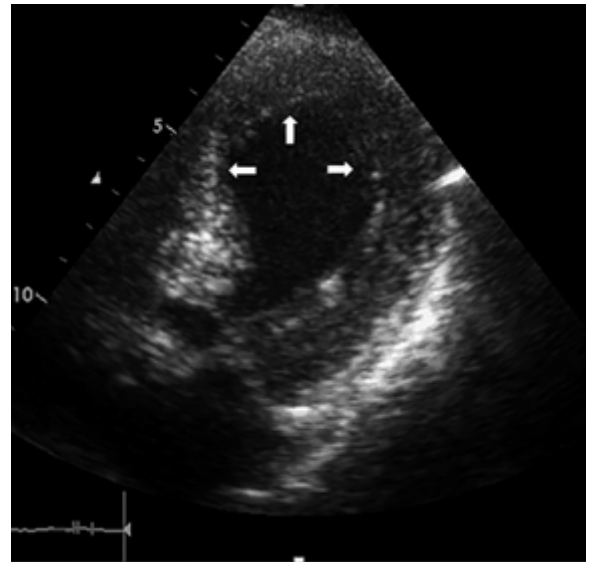


Figura 2. Vista apical del ecocardiograma de dos cámaras donde se observa la imagen típica de apical ballooning de takotsubo (flechas).

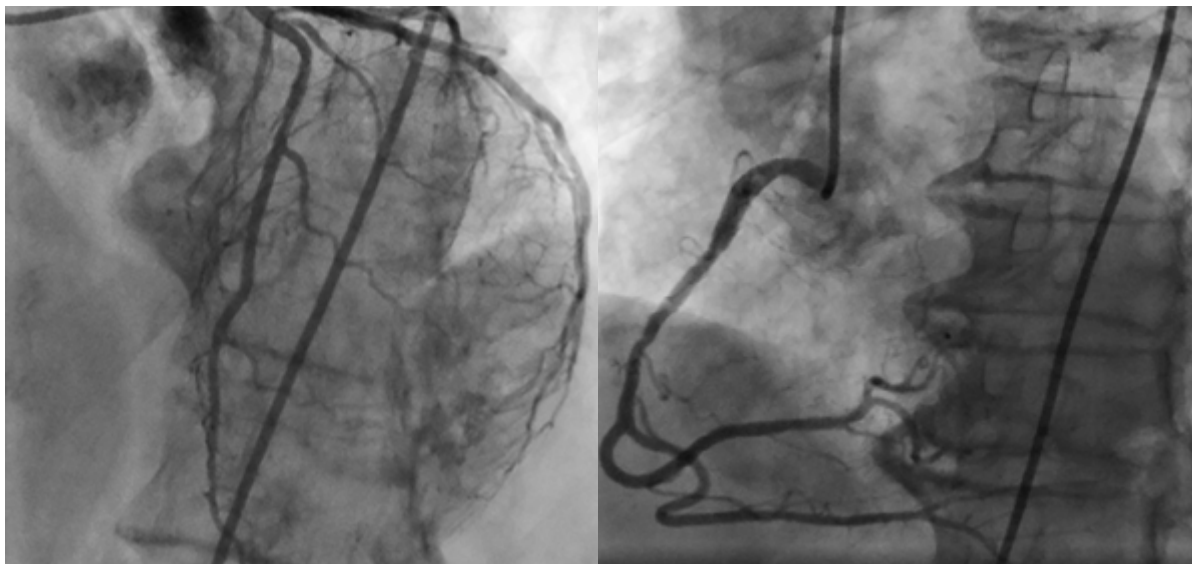


Figura 3. Cinecoronariografía donde se ven las arterias coronaria izquierda (panel izquierda) y coronaria derecha (panel derecha) sin lesiones significativas.

El ecocardiograma mostraba disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección 35%) con hipoquinesia anteropical, inferopical, anterolateral e hipercontractilidad de los segmentos basales, gradiente pico sistólico de 42 mmHg por estenosis aórtica leve/moderada (**Figura 2**). Ante todos estos hallazgos se decidió realizar una coronariografía diagnóstica para descartar origen isquémico, donde se observó arterias coronarias sin lesiones significativas (igual a la previa) (**Figura 3**). Se realizó nuevo ecocardiograma de control 15 días después del primero que mostró recuperación de los trastornos de la contractilidad con fracción de eyección del 62%. El ECG en esa oportunidad mostraba trastornos de la repolarización en derivaciones precordiales con persistencia de ondas T con componente negativo en V₂-V₆ y D₁-aVL (**Figura 4**). Finalmente, 35 días después estaba asintomática con ECG normal.

Diagnóstico final: MCT recidivante.

DISCUSIÓN

Nuestro caso clínico describe una paciente anciana que había padecido una MCT con restitución completa de su clase funcional y de su función ventricular izquierda 8 meses antes de la internación actual, momento en el que se presenta con un cuadro clínico similar al previo precedido de un episodio estresante horas previas a la internación, con angina de pecho, cambios electrocardiográficos, elevación enzimática leve, hallazgos ecocardiográficos compatibles con discinesia apical y demostración angiográfica de ausencia de lesiones coronarias. Finalmente con recuperación completa. La recurrencia de MCT es poco frecuente. El relativamente pequeño número de publicaciones que existe en

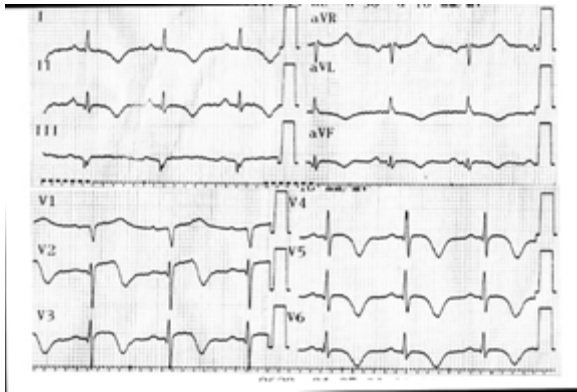


Figura 4. ECG de 12 derivaciones dos semanas después del episodio donde se observa ondas T negativas evolutivas de V2 a V6 y D1 y aVL.

la literatura acerca de reincidencias impide profundizar en el análisis de predictores y resultados¹⁻³. Las series con mayor número de pacientes reincidentes como la de Elesber A et al.² comunicaron una tasa promedio anual de recurrencia de 2,9% en el año siguiente después de la ocurrencia del primer evento de MCT, con posterior disminución a 1,3%/año durante el resto del seguimiento. La tasa de recurrencia de la MCT fue del 1,8% por paciente/año, con un lapso de 25 días hasta 9,2 años después del primer episodio, según lo informan en un registro multicéntrico recientemente publicado por Templin C et al. en *New England Journal of Medicine*³. En nuestra experiencia, entre un grupo de 40 pacientes con diagnóstico de MCT, este fue el único caso de recidiva. En la paciente aquí presentada la MCT fue precedida por un disparador emocional, tanto en el episodio inicial como en la recidiva. La enfermedad puede ocurrir con factores desencadenantes o incluso sin ningún gatillo precedente evidente. La prevalencia de los factores desencadenantes físicos supera a la de los desencadenantes emocionales^{1,3}. Más de la mitad de todos los pacientes con MCT tenía un enfermedad neurológica aguda, ex, o crónica o trastorno psiquiátrico³. Este hallazgo corrobora y amplía las conclusiones de los informes anteriores que incluían pacientes con MCT en el contexto de la hemorragia subaracnoidea, la epilepsia, la terapia electroconvulsiva, lesiones en la cabeza, derrame cerebral y la ansiedad o la depresión.

Entre los posibles mecanismos fisiopatogénicos de la MCT se menciona un estado hiperadrenérgico, probablemente debido a que la mayoría de los enfermos presentan el antecedente de una situación estresante psíquica o física. La liberación brusca de catecolaminas en estas circunstancias favorecería la teoría del uso de fármacos betabloqueantes.

Si bien ella había suspendido el bisoprolol que tenía prescrito y que regularmente había usado hasta un mes previo a la nueva internación por MCT, no está claro que sea esta la circunstancia que haya disparado el evento. Parecería que el tratamiento continuo con fármacos betabloqueantes no impide totalmente las recurrencias, según lo informado por los autores de las series más numerosas.

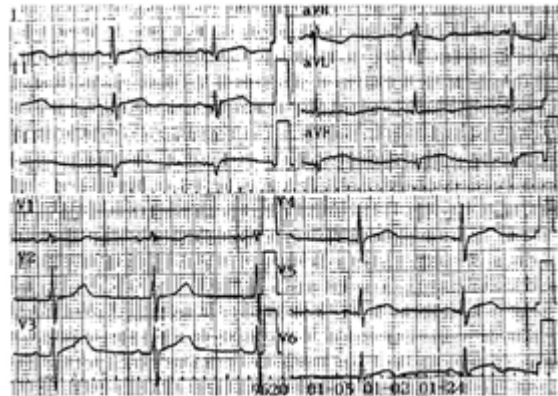


Figura 5. ECG de 12 derivaciones luego del mes, completamente normalizado.

La terapia óptima aún no se ha establecido y tampoco existe consenso absoluto sobre el tratamiento específico y por lo tanto se sugiere emplear los mismos fármacos de apoyo utilizados en cualquier miocardiopatía. La mayoría de los investigadores utilizan bloqueadores beta dado el presunto papel fisiopatogénico que podrían desempeñar las catecolaminas excesivamente liberadas durante el episodio estresante que generalmente precede al inicio de MCT, pero se desconoce si estos aceleran la recuperación. Además, no está claro si los bloqueadores selectivos beta tales como metoprolol (un bloqueador selectivo de β_1) versus carvedilol (tanto un beta no selectivo y α bloqueante) son los agentes preferidos¹. A pesar de que la mayoría continuaría el tratamiento con betabloqueantes en forma crónica, no existen datos que apoyen el hecho de que el tratamiento permanente con estos agentes reduzca las recidivas. Si la presión arterial es adecuada, el tratamiento médico por lo general incluye no solo un betabloqueante, sino también un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueantes del receptor de angiotensina II.

Si bien nuestro paciente no presentaba signos de insuficiencia cardíaca en el examen clínico, el Pro BNP fue elevado. Algunos autores sugieren que la MCT debería ser considerada como un síndrome de insuficiencia cardíaca aguda, como se refleja en el aumento marcado de los niveles de péptido natriurético y la elevación de la presión diastólica final del ventrículo izquierdo. Las concentraciones elevadas de BNP se asocian de manera importante a insuficiencia cardíaca; sin embargo, no tiene un valor diagnóstico del 100% para esta entidad. El BNP puede estar elevado en otros estados patológicos y otros factores del paciente pueden influir en los resultados. La disfunción sistólica y la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada pueden causar una elevación de BNP, aunque menor que los observados en la insuficiencia cardíaca debida a disfunción sistólica⁴.

CONCLUSIÓN

A pesar de ser una forma reversible, en su mayoría benigna, de miocardiopatía, y con una tasa baja de recurrencia, siempre debe haber un alto índice de sospecha

de este diagnóstico, aun cuando ya lo hayan padecido, sobre todo en mujeres posmenopáusicas que se presen-

tan como un síndrome coronario agudo o con disfunción del VI inexplicable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gabe E, Ambrose J. Takotsubo Cardiomyopathy – An Interesting and Somewhat Unexplained Clinical Entity". In: Rodriguez A, Ambrose J *Controversies in Cardiology*. England:ed. Springer 2015; Part II Chapter 8, pag 99-109.
2. Elesber A, Prasad A, Lennon R, Wright S, Lerman A, Rihal C. Four-year recurrence rate and prognosis of the apical ballooning syndrome. *J Am Coll Cardiol* 2007;50:448-52.
3. Templin , Ghadri JR, Diekmann J, Napp LC, Bataiosu DR, Jaguszewski M, Cammann VL, et al. Clinical features and outcomes of takotsubo (stress) cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2015;373:10, 929-38.
4. Kim H, Januzzi J Jr. *Circulation* 2011;123:2015-19.