

Presentación infrecuente de miocardiopatía por estrés (tako-tsubo)

Uncommon presentation of stress-induced (tako-tsubo) cardiomyopathy

Dr. Ebrey León Aliz^{a,b}✉, Dr. Javier Goicolea Ruigómez^b y Dra. Marta Jiménez-Blanco Bravo^b

^a Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

^b Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid, España.

Full English text of this article is also available

Palabras Clave: Miocardiopatía por estrés, Síndrome de tako-tsubo, Coronariografía, Ecocardiografía
Key words: Stress-induced cardiomyopathy, Tako-Tsubo syndrome, Coronary angiography, Echocardiography

Mujer de 83 años sin factores de riesgo cardiovascular conocidos, ni signos clínicos de isquemia o insuficiencia cardíaca después de la implantación del marcapasos (15 años); que fue remitida por los servicios de urgencias médicas al Hospital Universitario Puerta de Hierro tras un episodio de dolor torácico opresivo, acompañado de disnea y ansiedad, luego de una situación de estrés psíquico importante. Durante el traslado sus síntomas cedieron paulatinamente, por lo que llegó al hospital asintomática y en el electrocardiograma se observó un supradesnivel mínimo del segmento ST en las derivaciones de la cara lateral alta, con rectificación inferior y onda T negativa en D_{III}. La troponina I al ingreso fue de 2,65 µg/L (máxima de 7,34), y el ecocardiograma urgente (**Panel A**) informó un ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia septal, acinesia de los segmentos anteriores, anteroseptal e

inferoseptal, y función sistólica moderadamente disminuida (fracción de eyección [FE]: 35%). Con la sospecha de miocardiopatía por estrés fue remitida para coronariografía, 48 horas posteriores al ingreso, donde se constataron unas arterias coronarias sin estenosis angiográficas o evidencia de placa inestable (**Panel B**). La ventriculografía (**Paneles C y D**), en vista oblicua anterior derecha 30°, demostró una acinesia focal del segmento medio de la cara anterior, así como normocinesia del resto de los segmentos (**Panel E**), con una FE calculada de 64%.

La miocardiopatía de estrés o tako-tsubo se manifiesta típicamente (81,7%) como acinesia apical (*apical ballooning*), en un 14,6% como una acinesia medio ventricular (anterior e inferior), en un 2,2% como acinesia basal, y sólo un 1,5% como acinesia focal, como lo es el presente caso. Si se tiene en cuenta que el ecocardiograma realizado dos días antes era compatible con la forma típica, la posible explicación para esta forma infrecuente puede ser la recuperación de algunos de los segmentos acinéticos mientras que persisten las alteraciones en el segmento medio-anterior por haber sido, supuestamente, el más afectado.

✉ E León Aliz

Cardiocentro Ernesto Che Guevara
Calle Cuba 610, e/ Barcelona y Capitán Velasco.
Santa Clara 50100. Villa Clara, Cuba
Correo electrónico: ebreyleon@gmail.com

