



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – PRESENTACIÓN DE CASOS

Miocardopatía de takotsubo y la arteria coronaria única: una combinación excepcional



Santiago Salazar Marín^{a,b,c,*}, Franklin Hanna^b, Néstor Ramírez^{b,c}
y Johanna Marcela Valencia^{a,b}

^a Instituto Cardiovascular de Risaralda. Pereira, Colombia

^b Clínica Comfamiliar. Pereira, Colombia

^c Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Colombia

Recibido el 6 de agosto de 2015; aceptado el 1 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 25 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Miocardopatía de takotsubo;
Anomalía de vasos coronarios;
Síndrome coronario agudo;
Infarto del miocardio de pared anterior;
Miocardio aturdido

KEYWORDS

Takotsubo cardiomyopathy;
Coronary artery anomalies;
Acute coronary syndrome;
Anterior wall myocardial infarction;
Stunned myocardium

Resumen La miocardopatía de takotsubo es una entidad que clínicamente simula un síndrome coronario agudo, siendo indispensable para su diagnóstico la exclusión de la enfermedad coronaria significativa. Se presenta el caso de una mujer postmenopáusicas, quien durante un episodio de migraña desarrolla un cuadro clínico similar a un infarto del miocardio anterior, donde la ecocardiografía durante el evento agudo, orientó hacia el diagnóstico correcto de miocardopatía de Takotsubo, encontrándose incidentalmente una arteria coronaria única sin enfermedad obstructiva.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/s/by-nc-nd/4.0/>).

Takotsubo cardiomyopathy and single coronary artery: a unique combination

Abstract Takotsubo cardiomyopathy is a condition that clinically simulates an acute coronary syndrome, thus it remains indispensable for its diagnosis to exclude a significant coronary disease. We present the case of a postmenopausal woman who developed a clinical picture similar to an anterior myocardial infarction during a migraine episode, where the echocardiogram during the acute event oriented towards the correct diagnosis of a Takotsubo cardiomyopathy, incidentally finding a single coronary artery with no obstructive disease.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: salazar@inscardiovascular.com, sazacardio@hotmail.com (S. Salazar Marín).

Introducción

La miocardiopatía de takotsubo es una rara enfermedad, encontrada en alrededor del 1 al 2% de los pacientes admitidos con diagnóstico de infarto agudo del miocardio^{1,2}. Por sus similitudes clínicas, electrocardiográficas, enzimáticas e imagenológicas; ambas entidades deben ser diferenciadas, para definir el manejo. La ecocardiografía, al poner en evidencia un trastorno de la contractilidad del ventrículo izquierdo, que por su extensión no puede ser explicado por la oclusión de una sola arteria coronaria epicárdica, alerta sobre la posibilidad de la miocardiopatía de takotsubo. El caso que se presenta, mostró características que sugerían un infarto agudo del miocardio anterior, pero la ecocardiografía durante el evento agudo, orientó hacia el diagnóstico correcto de la miocardiopatía de takotsubo, encontrándose como hallazgo incidental una arteria coronaria única. Debido a que la arteria coronaria única tiene una incidencia reportada del 0.66% en pacientes adultos³, encontrarla en un paciente con la miocardiopatía de takotsubo, es una coincidencia excepcional.

Descripción del caso

Mujer de 60 años de edad, con antecedentes de: hipertensión arterial controlada con 50 mg/día de losartan y episodios esporádicos de migraña clásica desde la juventud. Consulta al servicio de urgencias por un episodio de migraña que fue manejado con 100 mg de tramadol intramuscular, con mejoría parcial. Fue dada de alta, regresando dos horas más tarde por incremento en la intensidad de la migraña e inicio de dolor opresivo medioesternal de intensidad moderada, en los últimos veinte minutos. Al reingreso tenía: la presión arterial 150/90 mmHg, el pulso 95/min, la frecuencia respiratoria 18/min, la saturación periférica de oxígeno 98% respirando aire ambiente; sin hallazgos anormales al examen físico. El electrocardiograma (fig. 1), mostró elevación del segmento ST en V2 y V3 y la ecocardiografía (fig. 2a), acinesia de los segmentos apicales y medios de las diferentes paredes del ventrículo izquierdo con «balonamiento apical» y una fracción de eyección del 27% por el método de Simpson modificado; hallazgos que conducen a plantear un diagnóstico presuntivo de la miocardiopatía de takotsubo. Treinta minutos posteriores al ingreso, se le realizó un cateterismo cardíaco (fig. 3a), encontrándose una arteria coronaria única que se originaba en el ostium coronario derecho, sin encontrarse lesiones angiográficas o vasoespasmo. La arteria coronaria única derecha era hiperdominante, bordeaba el surco auriculoventricular posterior. El árbol coronario izquierdo estaba poco desarrollado con ausencia del tronco coronario común izquierdo. La coronaria descendente anterior y la circunfleja, tenían orígenes independientes en la coronaria derecha proximal. La arteria descendente anterior, seguía un trayecto anterior hacia la izquierda sobre el tracto de salida del ventrículo derecho alcanzando el surco interventricular anterior. La arteria circunfleja, de mayor longitud que la arteria descendente anterior, seguía un trayecto posterior hacia la izquierda, entre los grandes vasos y la aurícula izquierda. Durante la realización de la coronariografía, el dolor torácico desapareció espontáneamente sin reaparecer posteriormente. La paciente fue manejada con

enoxaparina a dosis de anticoagulación, ácido acetil salicílico, carvedilol, enalapril y atorvastatina. La troponina T obtenida a las 12 horas del ingreso fue de 0.566 ng/ml (vn 0-0.014), con control de 0.377 ng/ml 24 horas después del ingreso, con la creatinofosfoquinasa total de 246 U/L (vn 0-190) y MB de 39.8 (vn 0-24), TSH 1.41 uIU (vn 0.27-4.2), el sodio 145 mmol/lt (vn 135-149), el potasio 4.1 mmol/lt (vn 3.5-5.1) y la creatinina sérica de 0.66 mg/lt. Diez días más tarde, la paciente fue dada de alta con el tratamiento que venía recibiendo y la anticoagulación con la warfarina. Como estudios adicionales, se realizaron: una tomografía computarizada simple del cráneo, que fue normal y una angiogramía coronaria multicorte (fig. 3b) que confirmó los hallazgos de la coronariografía, excluyendo el trayecto interarterial de algún brazo coronario mayor. El electrocardiograma (fig. 1) y la ecocardiografía de control (fig. 2b) realizados dos meses más tarde, fueron normales. Un estudio de perfusión miocárdica de estrés con ejercicio realizado a los 30 días, fue normal. Teniendo en cuenta la edad, la ausencia de síntomas previos atribuibles a la isquemia miocárdica, la perfusión miocárdica normal y la ausencia de lesiones coronarias o el trayecto interarterial de un brazo mayor; no se consideró algún procedimiento de la revascularización. Transcurridos 12 meses posteriores al evento agudo, la paciente ha permanecido asintomática con manejo farmacológico.

Discusión

En el año 1990, Sato y colaboradores en el Japón, realizaron la primera descripción de una miocardiopatía aguda reversible, la cual un año más tarde, fue denominada como síndrome de takotsubo por Dote y colaboradores⁴. Tsuchihashi y colaboradores en el año 2001⁴, nuevamente en el Japón, publicaron una serie de 88 casos, estableciéndose los primeros criterios diagnósticos, lo cual permite reconocer este síndrome como entidad clínica independiente. Debido al creciente número de casos reportados a nivel mundial, la American Heart Association en el año 2006, utilizando criterios genéticos y clínicos, la incluyeron dentro de la clasificación de miocardiopatías primarias adquiridas, y la European Society of Cardiology en el año 2008, considerando fenotipos morfológicos y funcionales, la incluyeron dentro de las miocardiopatías no clasificadas en otros grupos.

En su forma típica, la miocardiopatía de takotsubo compromete la contractilidad de segmentos apicales del ventrículo izquierdo, habiéndose descrito variantes atípicas que afectan otras regiones e incluso segmentos del ventrículo derecho. Usualmente se presenta en mujeres postmenopáusicas entre los 58 y 75 años de edad, sometidas a situación de estrés físico o emocional¹. La presentación clínica en la mayoría de los casos es indistinguible de un evento coronario agudo. El síntoma de presentación más común es el dolor torácico, reportado en el 50 a 60% de los casos¹, en general, de intensidad leve a moderada y con características no siempre típicas, como ocurrió en el caso presentado. Pueden aparecer síntomas relacionados con: la falla cardíaca y con menor frecuencia el síncope, la hipotensión o el choque cardiogénico¹. Raramente se ha informado sobre: la ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo, la obstrucción de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3011942>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3011942>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)