



Revista Colombiana de  
**Cardiología**

www.elsevier.es/revcolcar



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – PRESENTACIÓN DE CASOS

## Síndrome de takotsubo secundario a traumatismo raquímedular

María Ortiz-Lasa\*, Alejandro González-Castro, Yhivian Peñasco-Martín,  
Marta López-Sánchez y Olazt Azcune-Echeverría

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Unidad de Cuidados Intensivos, Santander, Cantabria, España

Recibido el 15 de febrero de 2017; aceptado el 13 de julio de 2017

### PALABRAS CLAVE

Takotsubo;  
Miocardiopatía por  
estrés;  
Traumatismo  
raquímedular

### KEYWORDS

Takotsubo;  
Stress  
cardiomyopathy;  
Spinal cord injury

### Resumen

**Antecedentes:** El síndrome de takotsubo secundario a traumatismo raquímedular cervical es infrecuente y no se describen series de casos en la literatura.

**Pacientes y método:** Se describe el caso clínico de una mujer de 82 años que ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos tras traumatismo raquímedular cervical y como consecuencia desarrolló miocardiopatía de takotsubo.

**Resultado:** Desarrollo de una miocardiopatía de takotsubo tras un traumatismo raquímedular cervical.

**Conclusiones:** En la actualidad el diagnóstico de miocardiopatía de takotsubo en Cuidados Intensivos está en aumento, en parte por el uso de la ecocardiografía transtorácica por parte de los intensivistas; con ello se descartan otras causas posibles de la misma y no sólo la cardiológica o la descarga catecolaminérgica secundaria a una situación de estrés.

© 2017 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/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Takotsubo syndrome secondary to spinal cord injury

#### Abstract

**Background:** Takotsubo syndrome secondary to spinal cord injury is rare, and there are no case series described in the literature.

**Patients and method:** A clinical case is presented of an 82 year-old woman admitted to the Intensive Care Unit after a spinal cord injury, and as a results developed Takotsubo cardiomyopathy.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maralasa111@gmail.com](mailto:maralasa111@gmail.com) (M. Ortiz-Lasa).

<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.07.012>

0120-5633/© 2017 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/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Results:** A Takotsubo cardiomyopathy developed after a spinal cord injury.

**Conclusions:** The diagnosis of Takotsubo cardiomyopathy is currently increasing in Intensive Care Units. This is partly due to use of transthoracic echocardiography by intensive care specialists. Using this technique they can rule out other possible causes of this condition, and not just the cardiological ones, or the catecholamine release following a stressful event.

© 2017 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/>).

## Introducción

Han transcurrido 26 años desde que Sato et al.<sup>1</sup> describieron un síndrome caracterizado por dolor torácico con cambios electrocardiográficos y bioquímicos similares a un infarto agudo de miocardio, con alteraciones de la contractilidad apical del ventrículo izquierdo, pero con arterias coronarias angiográficamente normales, conocido como síndrome de takotsubo o miocardiopatía de estrés. Las enfermedades del sistema nervioso central (hemorragia subaracnoidea, epilepsia, ictus isquémico) se han reconocido como desencadenantes de dicho síndrome<sup>2</sup>, sin embargo es excepcional su presencia luego de un traumatismo raquímedular, y por tanto un pequeño número de casos descritos en la literatura<sup>3-6</sup>. Se ilustra el caso de una mujer de 82 años que tras traumatismo raquímedular cervical desarrolló miocardiopatía de takotsubo.

## Caso

Se trata de una mujer de 82 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel de atención, tras ser atendida en el Servicio de Urgencias, por traumatismo

múltiple debido a una caída fortuita. Como consecuencia, sufrió traumatismo craneoencefálico leve, traumatismo facial complejo con fractura de huesos propios de la nariz, hueso maxilar y pared lateral de la órbita izquierda, además de fractura de C1-C2 inestable con invasión de canal medular. Al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, se le asignó un valor en la escala de Glasgow de 14, con tendencia al sueño y sin focalidad neurológica. En un período de 30 minutos desarrolló insuficiencia respiratoria secundaria a broncoaspiración por epistaxis importante y claudicación respiratoria, por lo que se decidió intubación orotraqueal. De forma concomitante, en el monitor se observó elevación progresiva del ST, por lo cual se hizo de inmediato un electrocardiograma que reflejó elevación del segmento ST en V4-V6 sin otras alteraciones visibles (fig. 1) y se determinaron las enzimas cardíacas: troponina inicial de 0 ng/ml. Así mismo, se practicó ecocardiografía transtorácica, en la que observó "ballooning" apical del ventrículo izquierdo con discinesia apical e hipercontractilidad de los segmentos basales (fig. 2). Fue valorada por el servicio de Cardiología Críticos del hospital y dada su situación general, se desestimó la realización de coronariografía como prueba confirmatoria. Una vez valorado el riesgo/beneficio, con los datos electrocardiográficos y ecocardiográficos se asumió que se trataba de un síndrome de takotsubo. En el transcurso de las

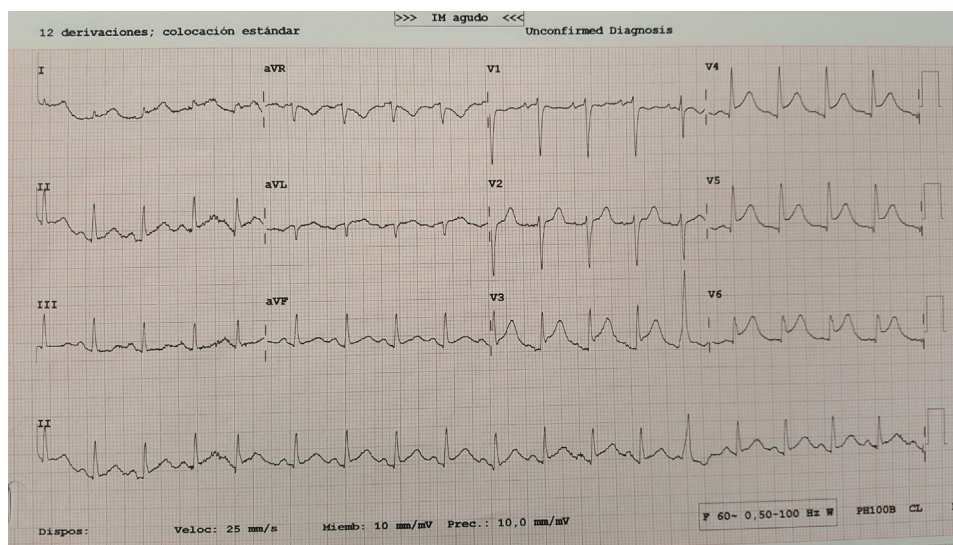


Figura 1 Electrocardiograma inicial.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8676102>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8676102>

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