Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):1224

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-371. - SÍNDROME DE TAKO-TSUBO: DESCRIPCIÓN DE LA SERIE DE CASOS CLÍNICOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES, MADRID

O. Álvarez de Toledo, P. González López, J. Ruiz Galiana

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles (Madrid).

Resumen

Objetivos: El síndrome de Tako-Tsubo, hace referencia a una acinesia (generalmente apical) transitoria del VI. Típicamente se desencadena por un factor estresante y clínicamente simula un infarto agudo de miocardio pero, a diferencia de éste, presenta coronarias sin lesiones significativas y resolución de las alteraciones en un plazo de 1 a 3 meses. Desde su descripción por Sato et al en 1990, cada vez es mayor el número de casos publicados en la literatura, calculándose una prevalencia entre el 1 y 2% de los síndromes coronarios agudos (SCA). En nuestro medio hemos constatado un número creciente de diagnósticos, lo que nos llevó a revisar la serie de casos acaecido en el Hospital de Móstoles en los últimos 5 años, cuyas características epidemiológicas, presentación clínica, forma de diagnóstico y evolución expondremos a continuación:

Discusión: Se presentan 14 casos. El 86% son mujeres, con una edad media de 73 años. Todos los pacientes tenían al menos un factor de riesgo cardiovascular, y el 28% 3 o más. Entre los antecedentes personales, destaca que 5 pacientes con cardiopatía estructural previa, 4 neumopatía obstructiva, 2 enfermedades oncológicas y sólo una patología psiquiátrica. El 86% debutó con dolor torácico típico, el 7% con dolor atípico y el 7% restante con una clínica inespecífica de mareo de 3 semanas de evolución. Entre las complicaciones agudas del cuadro inicial se observó: EAP en 2 casos (14%), shock cardiogénico en 1 (7%), trombo intraventricular en 1 (7%), derrame pericárdico posterior en 2 (14%) y arritmias en 2 (14%). El 50% de los pacientes presentó algún factor desencadenante estresante, siendo estrés emocional en 2 casos, enfermedad médica en 4 (3 con reagudización EPOC y una sepsis urológica) y enfermedad quirúrgica en 1. El 100% de los pacientes presentó elevación de marcadores cardiacos, si bien ésta fue sutil en comparación con las alteraciones de la contractilidad observadas. El rango de TnIc máxima varía entre 0,26 y 61,8, siendo la media 8,15. La FEVI no del todo valorable, dada la variabilidad de las técnicas utilizadas y del momento evolutivo en que se determina Teniendo esto en cuenta, nuestra serie ha tenido menor proporción de disfunción sistólica de lo esperado, siendo la FEVI media del 48%, con un rango que variaba entre 20 y 70% La coronariografía en 8 pacientes fue rigurosamente normal. En los otros 6 se describían irregularidades no significativas y no congruentes con el trastorno de la contractilidad presentado. La ventriculografía mostraba acinesias y discinesias de distinta extensión, de localización apical en el 86% de los casos y anterolateral en el 14%. En todos los pacientes se realizó ecocardiograma transtorácico de control, demostrando la mejoría espontánea de la alteración. Sólo en un caso se realizó cardio resonancia magnética (cardioRM), que mostró los hallazgos típicos de

esta entidad (edema miocárdico en T2, aquinesia y ausencia de relace tardío con gadolinio) y la resolución de las alteraciones a los 3 meses. El pronóstico de nuestra serie es excelente, con ausencia de mortalidad intrahospitalaria, dos casos de recurrencia demostrada y persistencia de derrame pericárdico recurrente en uno de los casos. Desgraciadamente, en nuestro hospital no disponemos de cardioRM y ésta se está convirtiendo en una herramienta clave para distinguir regiones de isquemia, miocarditis y cardiomiopatías de estrés. Estudios recientes como el de Lauradogoitia et al muestran que en series de SCA con coronarias normales a los que se les realiza cardioRM, el Tako-Tsubo representa sólo un 11% de los casos, lo que podría sugerir sobrediagnóstico de este síndrome en base a los criterios clásicos de la clínica Mayo que debemos tener en cuenta en la práctica clínica.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.