

Takotsubo por enfermedad coronaria obstructiva – 2014

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Hola amigos

Enfermedad coronaria obstructiva significativa se considera generalmente como un criterio de exclusión para el diagnóstico de miocardiopatía de takotsubo (TC). Sin embargo, esto puede no ser justificada en todos los casos, porque TC y DAC pueden coincidir. Creo que este es un caso. ¿Qué opinan los colegas del foro?

Mujer de 69 años ingresó a la sala de urgencias con dolor precordial tipo pleurítico después de un estrés emocional fuerte. Troponina poco alta (0,140 ng/ml). Hecho el diagnóstico inicialmente de miopericardite. ECO mostró importante hipocinesia apical. La cateterización reveló irregularidades en la arteria descendente anterior y obstrucción coronaria derecha distal significativa.

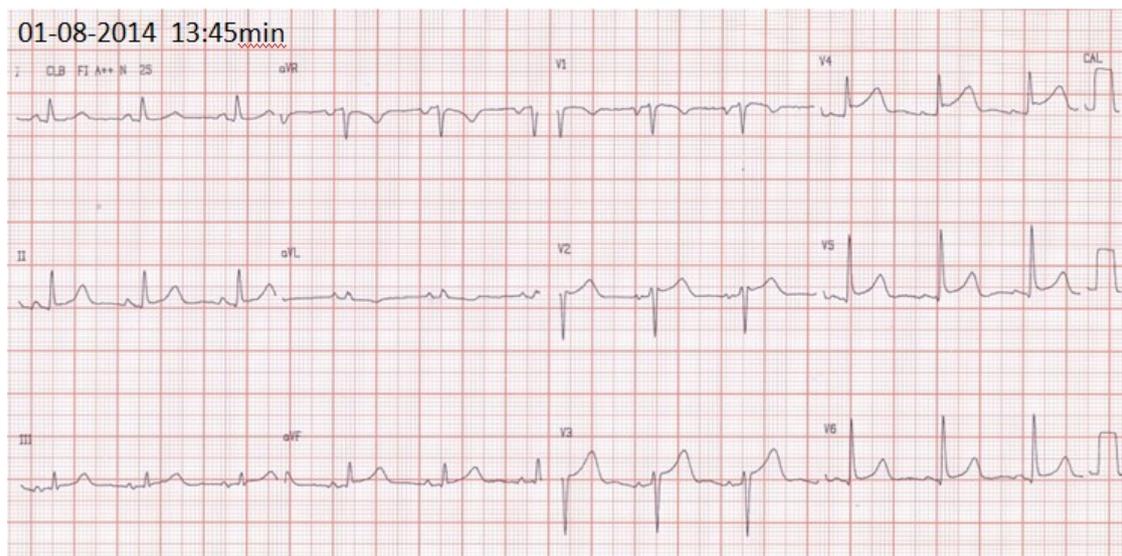
El hemodinamicista decidió por angioplastia con balón de esta lesión.

En mi opinión, esta obstrucción no está relacionada con la disfunción ventricular evidenciada por ventriculografía y ECO.

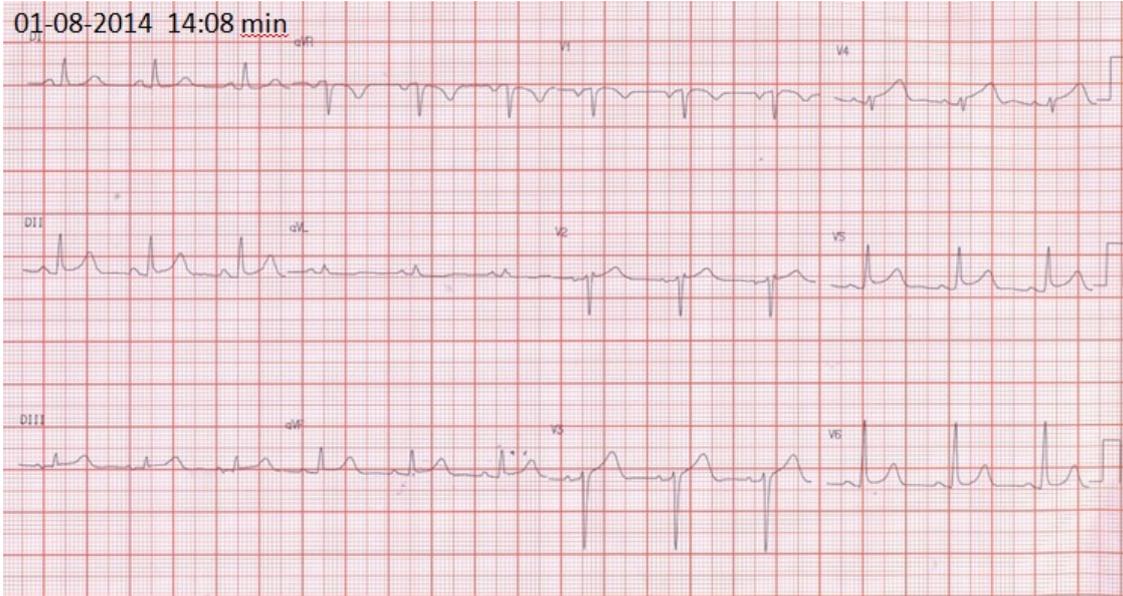
Adjunto la evolución electrocardiográfica y coronariografía.

Saludos

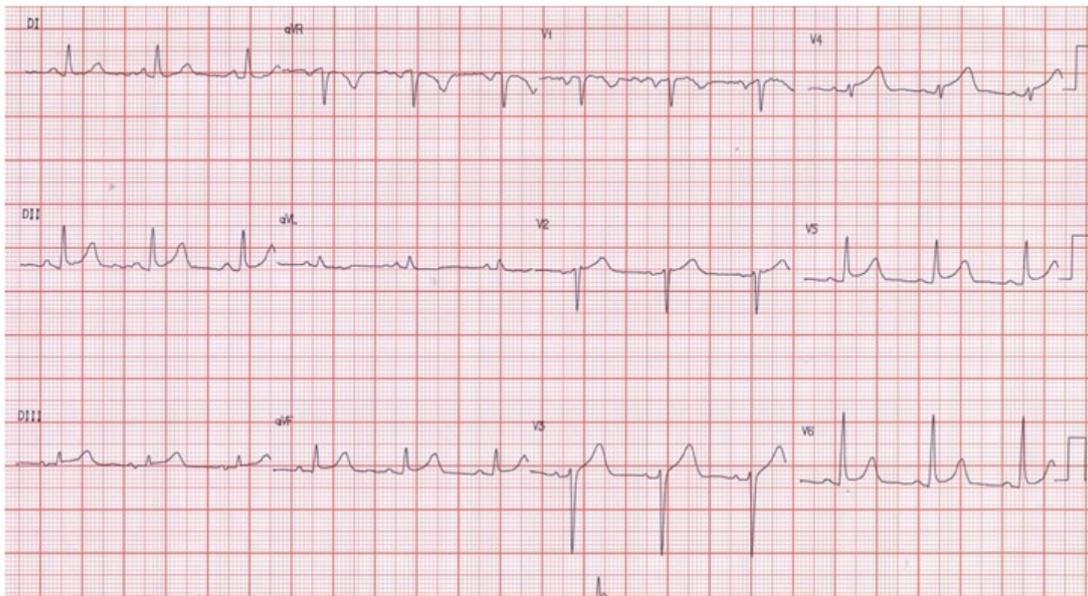
Raimundo Barbosa Barros



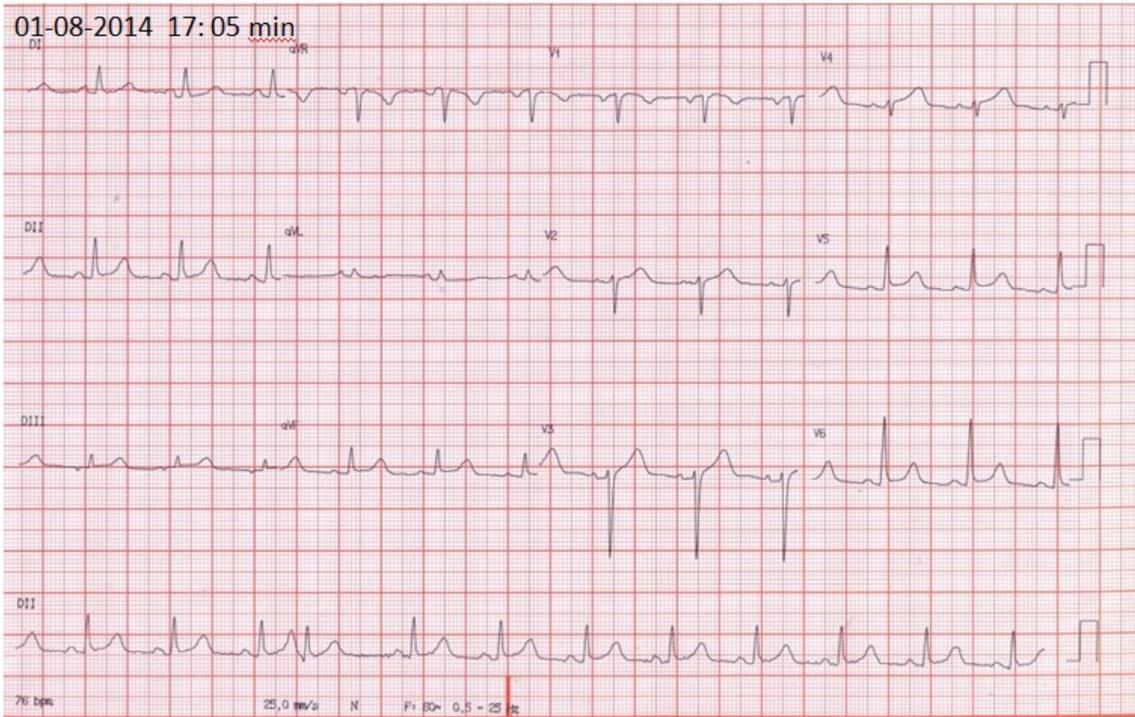
01-08-2014 14:08 min



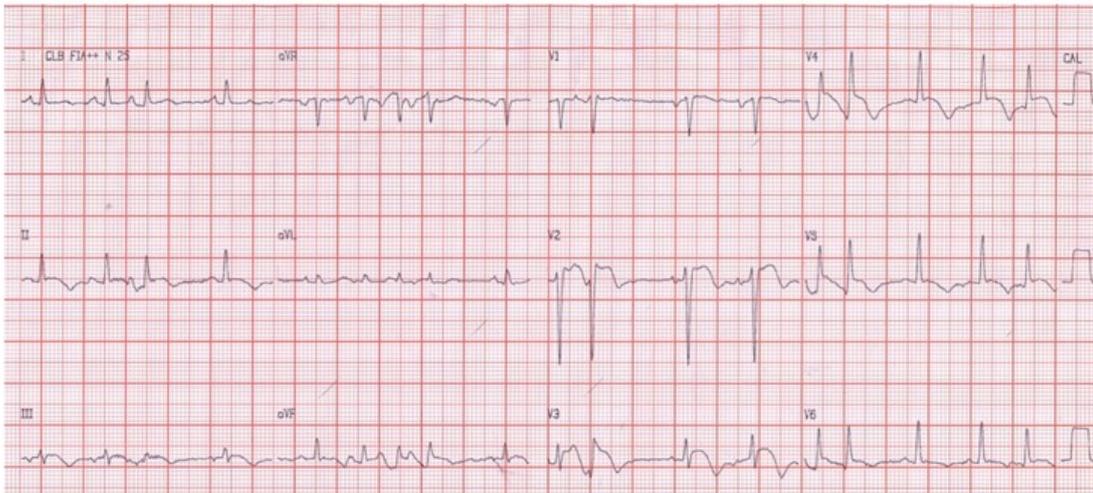
01-08-2014 15:16 min



01-08-2014 17:05 min

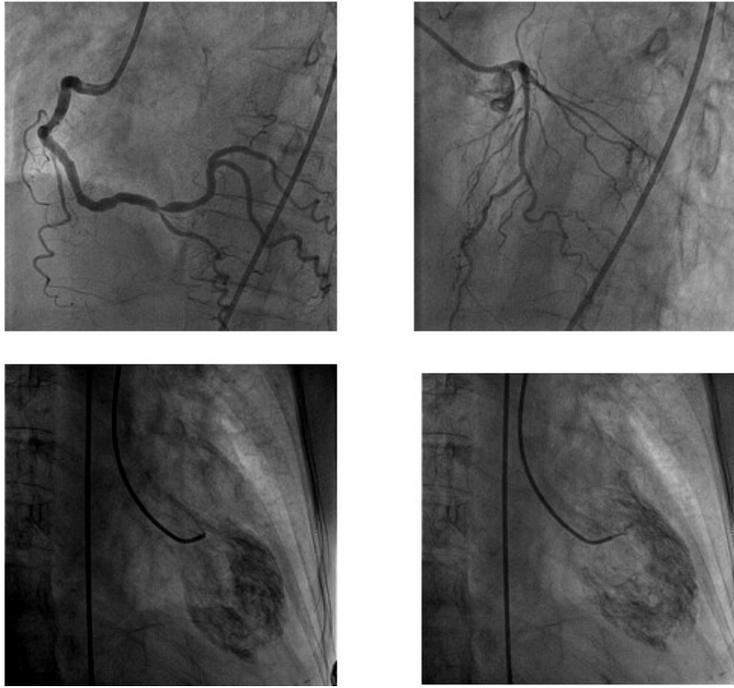


03-08-2014



enviado a la sala de cateterismo





OPINIONES DE COLEGAS

Querido Raimundo: ¡qué lindo caso!

Agradezco su capacidad e interés de compartir.

Comparto que la evolución electrocardiográfica y la referida en las imágenes, impresiona una miocardiopatía de Tako-tsubo y más aún sumado a esto la evolución a lo largo de los días. Aún no siendo la evolución clásica.

Esa lesión crítica en la CD dominante y de gran calibre, con una arteria circunfleja hipoplásica y una descendente anterior de pequeño calibre. No logro visualizar adecuadamente pero la coronaria derecha impresiona con esas arterias espiraladas irrigar la punta del corazón. La DA es corta y de menor desarrollo que la CD.

"La evolución clínica de la miocardiopatía de Tako-tsubo puede describirse en cuatro fases electrocardiográficas:

La **Fase 1** se caracteriza por elevación del segmento ST. Ocurre al inicio del cuadro clínico. Generalmente se observa en las derivaciones precordiales. Cuando esto ocurre, es más acentuado en V3-V6 que en V1-V2, a diferencia del IAM de cara anterior.

El segmento ST se va normalizando progresivamente en las primeras horas. En la **Fase 2** (etapa subaguda) se observa inversión de la onda T. Este fenómeno se da entre los días 1 a 3 de iniciado el cuadro. A partir del día 2 a 6 la onda T se profundiza, correspondiendo a la **Fase 3**. Posteriormente, en la **Fase 4**, aparecen ondas T gigantes y prolongación del intervalo QT."

La evolución electrocardiográfica no es la habitual del mismo. no se observan las ondas T negativas en las derivaciones en la evolución, sino que cambian abruptamente estas conjuntamente con un ritmo auricular caótico y además presenta un supradesnivel significativo de V1 a V3 , máximo en V2 y no observo en la evolución que normalice el supra ST en DII, DIII y V5 y V6 y la T negativa en AVL y la prolongación del intervalo también se da un SCA, por lo que no es un elemento de aporte a uno u otro.

Tal vez alguien nos brinde su experiencia.

En la definición del Síndrome de Tako-tsubo de la AHA uno de los criterios es la ausencia de lesiones coronarias significativas. Entiendo que el cuadro remitió luego de angioplastiar la lesión de la coronaria derecha.

Si no la hubieran tocado a la CD y el cuadro remitía si hubiera tenido el diagnóstico de la asociación. Más al abrirla que me parece lo correcto, se hace más difícil describir la

asociación, sin olvidarme que con el procedimiento ha cambiado la anatomía coronaria y por lo tanto la propia definición excluye el diagnóstico, aun compartiendo que tiene todos los condimentos para sospechar el Síndrome.

Si compro el Síndrome no toco la CD. Es un detalle no menor para el diagnóstico diferencial en este caso.

Una pregunta ¿al momento de presentar la evolución que tratamiento se encontraba recibiendo?

Un saludo

Martín Ibarrola

Hola amigos del foro,

Estoy de acuerdo con la opinión de Raimundo para este caso, con la evolución ECG que nos presenta. Aunque debo decir que he visto casos de CD subocluida muy dominante y descendente anterior poco desarrollada que presentaban disfunción apical. Adjunto parte de una revisión sobre ECG en tako-tsubo que saldrá publicada en ANE.

Saludos

Miguel Fiol

Diagnóstico diferencial de takotsubo e infarto con elevación del segmento ST de la cara anterior

Varios estudios han comparado los hallazgos ECG en pacientes con tako-tsubo (TS) y pacientes con infartos de cara anterior y ST elevado (STEMI), centrándose principalmente en la elevación del segmento ST. Ogura et al (*Circ J.*2003;67:687-90) compararon el ECG al ingreso en pacientes con STEMI y TS. La elevación del segmento ST fue más frecuente en las derivaciones V4 a V6 en TS y en V1 a V3 en STEMI.

También se ha sugerido que los cambios recíprocos también pueden ayudar a distinguir entre estas dos entidades. Bybee et al observaron una mayor prevalencia de cambios recíprocos en la pared inferior en el STEMI en comparación con TS (*J Electrocardiol.* 2007;40:38.e1-6) Inoue et al (*Circ J.*2005;69:89-94). sugieren que cambios recíprocos en derivaciones inferiores pueden ayudar a diferenciar TS de STEMI debido a las lesiones proximales de la arteria descendente anterior, pero no aquellos con lesiones distales. En pacientes TS, la depresión recíproca del segmento ST en las derivaciones inferiores se observó menos frecuentemente que en los pacientes con STEMI debido a una oclusión proximal de la descendente anterior izquierda. Por otro lado elevación del segmento ST en las derivaciones inferiores se observó más frecuentemente en TS. Finalmente, Kosuge et al (*J Am Coll Cardiol.* 2010;55:2514-6)., concluyen que conduce de desplazamiento del segmento ST en aVR - y V1 puede ayudar a distinguir TS del STEMI de cara anterior en los pacientes que ingresan dentro de las 6 horas del inicio de los síntomas. La combinación de la depresión del segmento ST en aVR y la ausencia de elevación del segmento ST en la derivación V1 identifican un TS con una sensibilidad del 91% y especificidad de 96% . En nuestra opinión el diagnóstico diferencial entre STEMI de cara anterior por oclusión de la descendente anterior por debajo del origen de la D1 no es fácil (*J Am Coll Cardiol.* 2010 Nov 2;56:1610-1).

Varios estudios han intentado establecer los mejores criterios ECG capaces de distinguir entre TS y STEMI. Johnson et al (*Int J Cardiol.*2013;164:345-8) analizan el rendimiento de seis diferentes criterios ECG en una cohorte de pacientes TS y STEMI demostrando en todos los casos una exactitud diagnóstica limitada y concluyó que ECG no debe utilizarse en la práctica clínica como único criterio diagnóstico.

Por último decir que tenemos experiencia en casos catalogados de TS y que en realidad presentaban espasmo coronaria distal de la descendente anterior (*Cardiol J.* 2012;19(3):314-6) o disección espontánea coronaria (que se puede diagnosticar utilizando IVUS).