

Síndrome de pseudo balonamiento apical o Pseudo Wellens - 2015

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Elementos para pensar en un “*apical ballooning-like syndrome*” por la

1) Modificación muy transitoria de la función ventricular sin aterosclerosis coronaria

2) Presencia de los 4 criterios de la Clínica Mayo:

a) hipocinesia transitoria, discinesia o acinesia del VI,

b) ausencia de coronariopatía obstructiva,

c) nuevos elementos electrocardiográficos como inversión de T ausencia de elevación de troponinas, y

d) ausencia de pheocormocitoma o miocarditis;

3) Gran liberación catecolamínica por el insulto en el encéfalo que induce a “*myocardial stunning*” y microinfartos.

4) Disfunción ventricular transitoria como lo demostrado por los ecos sucesivos con precoz mejora de la FE.

El compromiso selectivo apical del VI obedece a que esta porción del VI tiene más alta concentración de inervación simpática que el resto del ventrículo izquierdo lo que puede explicar que afecte selectivamente esta parte del VI (Dorfman TA, Iskandrian AE. Takotsubo cardiomyopathy: State-of-the-art review. J Nucl Cardiol. 2009 Jan-Feb. 16(1):122-34.)

Recordemos que la división media de la rama izquierda se encuentra alojada justamente en esta área apical lo que puede explicar la afectación del fascículo medio que

determinaría las fuerzas anteriores prominentes observadas y las modificaciones ocurridas en la pared lateral baja (V5-V6)

Existiría afectación transitoria de la división medio septal porque el trayecto del fascículo medio se encuentra en la región medio-apical la cual es la región con mayor concentración de inervación simpática como ocurre también en casos de LAD proximal.