



Síndrome de *tako-tsubo* en adulto mayor

Tako-tsubo syndrome in older adults

Luis David Cortes Badillo,* Ervin Manzo Palacios,[†] Erik Jovary Gómez Cruz,[§] César Mauricio Canche Colonia,[¶] José Jimmy Góngora Mukul,[¶] Román Morales Sánchez,[¶] José Antonio García Góngora,[¶] Uriel Narváez López^{||}

Citar como: Cortes BLD, Manzo PE, Gómez CEJ, Canche CCM, Góngora MJJ, Morales SR et al. Síndrome de *tako-tsubo* en adulto mayor. Acta Med GA. 2024; 22 (5): 429-431. <https://dx.doi.org/10.35366/118829>

Resumen

El síndrome de *tako-tsubo* es caracterizado por disfunción sistólica regional transitoria, principalmente del ventrículo izquierdo, que puede ser confundido con un infarto agudo de miocardio, pero sin evidencia angiográfica de enfermedad arterial coronaria obstructiva, se desencadena por un episodio de estrés. Su mayor incidencia es en mujeres postmenopáusicas, en hombres de 70 años es raro y tiene mayor mortalidad.

Palabras clave: *tako-tsubo*, ecocardiografía, choque cardiogénico, cardiomiopatía por estrés.

Abstract

Tako-tsubo syndrome is characterized by transient regional systolic dysfunction, mainly of the left ventricle, which can be confused with an acute myocardial infarction. Still, without angiographic evidence of obstructive coronary artery disease, it is triggered by a stress episode. Its highest incidence is in postmenopausal women; in men over 70 years old, it is rare and has higher mortality.

Keywords: *tako-tsubo*, echocardiography, cardiogenic shock, stress cardiomyopathy.

INTRODUCCIÓN

Tako-tsubo es un síndrome caracterizado por una disfunción sistólica regional transitoria, principalmente del ventrículo izquierdo, la movilidad de la pared se ve afectada, teniendo anomalías en el ápice del ventrículo izquierdo y el ventrículo derecho en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva, puede ser confundido con un infarto agudo de miocardio (IAM), pero en ausencia de evidencia angiográfica de enfermedad coronaria obstructiva. En hombres de más de 70 años la incidencia es de 0.5% por cada 100,000 habitantes. Lo que lo hace un cuadro muy raro con mortalidad elevada.^{1,2} Debido a que es un evento excepcional efectuamos este trabajo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 70 años con múltiples factores de riesgo. Cuadro con obnubilación e hipotensión. Tomografía axial computarizada (TAC) simple de tórax con derrame pleural y pericárdico. Gasometría con insuficiencia respiratoria tipo 2 que requirió soporte ventilatorio. Electrocardiograma con criterios de bajo voltaje, pobre progresión del primer vector y anomalías de la repolarización caracterizadas por rectificación del segmento ST e inversión de la onda T de ramas asimétricas en precordiales V1-V6 (*Figura 1*).

Ecoscopia inicial con disfunción sistólica biventricular, índice cardíaco (IC) de 1.2 L-min/m², fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) biplano de 19% y presión capilar pulmonar (PCP) > 18 mmHg (*Figura 2 y 3*).

* Residente de segundo año de Medicina Crítica, Hospital Agustín O'Horán, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán.

[†] Jefatura de la Unidad de Cuidados Críticos, Hospital Angeles Metropolitano, CDMX.

[§] Unidad de Cuidados Coronarios, Hospital Angeles Metropolitano.

[¶] Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Agustín O'Horán, Mérida, Yucatán.

^{||} Unidad de Cuidados Coronarios, Hospital de Especialidades, UMAE, IMSS, Mérida, Yucatán.

Correspondencia:

Ervin Manzo Palacios

Correo electrónico:

ervinmanzopalacios@yahoo.com.mx

Aceptado: 17-07-2024.

www.medigraphic.com/actamedica



Se concluye diagnóstico de infarto agudo al miocardio con supradesnivel del segmento ST (IAMST), manejo con antiagregante, estatinas, inotrópicos y vasopresores. Coronariografía sin enfermedad arterial coronaria obstructiva, destaca ventriculograma con acinesia en tercios apical y medio de pared anterior, en ápex y con segmentos basales hipocontráctiles en el resto de las paredes.

Se continuó manejo de soporte hasta el retiro de ventilación mecánica y vasopresores. Ecoscopia de control con ventrículo izquierdo con remodelado concéntrico, función sistólica con FEVI de 55%, gasto cardiaco (GC) de 3.9 litros, función diastólica onda E septal de 7 cm, onda E lateral tisular de 6 cm, relación E/a 2.4, relación E/e 10, volumen auricular indexado de 35 mL, velocidad IT 2.8. Ventrículo derecho no dilatado, no hipertrófico, función sistólica normal, excursión sistólica del anillo tricuspídeo (TAPSE) de 18 mm, onda S de 9 cm, fracción de acortamiento del ventrículo derecho (FACVD) de 40%.

DISCUSIÓN

El síndrome isquémico coronario agudo (SICA) sigue siendo el diagnóstico principal cuando hay alteraciones electrocardiográficas y elevación de troponinas, así como disfunción de la movilidad de la pared. En pacientes seniles la incidencia de *tako-tsubo* es demasiado rara, en este paciente se hizo el diagnóstico por exclusión. La presencia de disfunción biventricular y alteraciones globales en la movilidad de la pared fue un predictor para mayor mortalidad. El paciente presentó 60 puntos de la puntuación InterTAK, que se compone de siete parámetros clínicos donde la puntuación máxima es de 100 puntos, por arriba de 50 puntos se establece el diagnóstico de síndrome de *tako-tsubo*.³ En la población senil las compli-

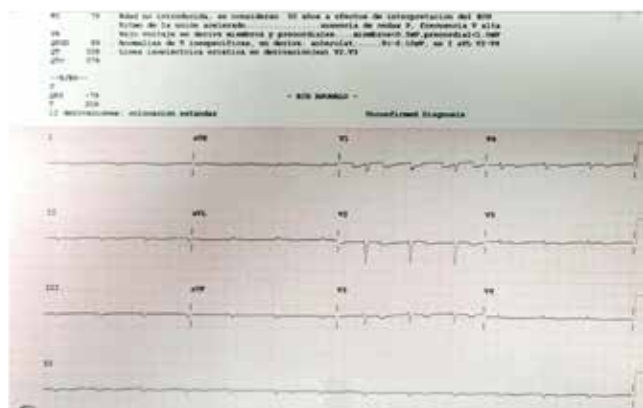


Figura 1: Electrocardiograma de ingreso que muestra anomalías de la repolarización ventriculares en derivaciones precordiales por rectificación del segmento ST y aplanamiento de la onda T.



Figura 2: Evaluación de función sistólica, medición de FEVI por método bidimensional de Simpson.



Figura 3: Evaluación de función sistólica del ventrículo derecho, con medición de fracción de acortamiento.

caciones mayormente observadas son: mayor duración de la falla cardíaca, mayor formación de trombos en el ventrículo izquierdo, disfunción del ventrículo derecho y accidentes cerebrovasculares.^{4,5} Este paciente cursó con choque cardiogénico que representó un reto en su abordaje por las diversas comorbilidades que presentaba, su rápido abordaje e ingreso a hemodinámica permitió dirigir al diagnóstico.

CONCLUSIÓN

Se concluye por exclusión y por los criterios de la Clínica Mayo, así como criterios interTAK, el diagnóstico de miocardiopatía de *tako-tsubo* en paciente senil.

REFERENCIAS

1. Salamanca J, Alfonso F. Novel hemodynamic insights in takotsubo syndrome. *J Am Coll Cardiol.* 2023; 81 (20): 1992-1995. doi: 10.1016/j.jacc.2023.03.399.

2. Bybee KA, Kara T, Prasad A, Lerman A, Barsness GW et al. Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. *Ann Intern Med.* 2004; 141 (11): 858-865. doi: 10.7326/0003-4819-141-11-200412070-00010.
3. Samul-Jastrzebska J, Roik M, Wretowski D, Labyk A, Slubowska A et al. Evaluation of the InterTAK Diagnostic Score in differentiating Takotsubo syndrome from acute coronary syndrome. A single center experience. *Cardiol J.* 2021; 28 (3): 416-422. doi: 10.5603/CJ.a2019.0086.
4. Medina de Chazal H, Del Buono MG, Keyser-Marcus L, Ma L, Moeller FG et al. Stress cardiomyopathy diagnosis and treatment: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol.* 2018; 72 (16): 1955-1971. doi: 10.1016/j.jacc.2018.07.072.
5. Schneider B, Sechtem U. Influence of age and gender in tako-tsubo syndrome. *Heart Fail Clin.* 2016; 12 (4): 521-530. doi: 10.1016/j.hfc.2016.06.001.