

MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO CON TAPONAMIENTO CARDÍACO

LAURA BARRIOS¹, GONZALO R. VOBORIL¹, CHRISTIAN CASAS², JUAN C. ESPINOZA³, JUAN P. SUAREZ¹

¹Servicio de Clínica Médica, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Cirugía Cardiovascular, Instituto de investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Laura Barrios, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Av. Combatientes de Malvinas 3150, 1427 Buenos Aires, Argentina

E-mail: laurabarrioscaceres@gmail.com

Recibido: 4-VI-2024

Aceptado: 7-XI-2024

Resumen

La miocardiopatía de takotsubo o miocardiopatía por estrés, se caracteriza por una disfunción ventricular izquierda, habitualmente hipocinesia de los segmentos apicales e hipercontractilidad basal, con síntomas sugestivos de infarto agudo de miocardio en ausencia de enfermedad aterotrombótica coronaria. Su curso es habitualmente benigno. Presentamos el caso de una paciente con síndrome de takotsubo con taponamiento cardíaco secundario a hemopericardio, con posterior paro cardiorrespiratorio que requirió pericardiocentesis de urgencia.

Palabras clave: tako-tsubo, taponamiento cardíaco, miocardiopatía

with subsequent cardiorespiratory arrest requiring emergency pericardiocentesis.

Key words: takotsubo, cardiac tamponade, myocardiopathy

La miocardiopatía de takotsubo, también conocida como síndrome de “corazón roto”, representa una disfunción cardíaca aguda de mecanismo fisiopatológico incierto. En la mayoría de los casos presenta un curso benigno con reversibilidad de los trastornos de motilidad cardíaca. Sin embargo, han sido descritas complicaciones graves tales como arritmias, insuficiencia cardíaca, shock o rotura de pared miocárdica. El derrame pericárdico no es una asociación frecuente.

Abstract

Takotsubo myocardiopathy with cardiac tamponade

Takotsubo cardiomyopathy or stress cardiomyopathy is characterized by left ventricular dysfunction, usually hypokinesia of the apical segments and basal hypercontractility, with symptoms suggestive of acute myocardial infarction in the absence of coronary atherothrombotic disease. In most cases it has a benign course. We present the case of a patient with takotsubo cardiomyopathy with cardiac tamponade secondary to hemopericardium

Caso clínico

Se describe el caso de una mujer de 77 años autoválida, hipertensa, diabética tipo 2 no insulino requirente e hipotiroidea, que consultó por dolor precordial opresivo de gran intensidad, posterior a un estrés emocional, sin signos de insuficiencia cardíaca ni de bajo gasto al examen físico. El electrocardiograma mostraba ritmo sinusal a 120 lpm, sin desviación del ST-T, con infradesnivel del segmento PR en V2-V3. Laboratorio con curva positiva de troponina ultrasensible, que aumentó de 515 pg/ml a 3455 pg/ml.

Con la sospecha de un síndrome coronario agudo sin elevación del ST, se administró dosis de carga de tratamiento antiagregante con aspirina y ticagrelor, junto con anticoagulación con enoxaparina. Evolucionó a las 2 horas de instaurado el tratamiento con deterioro hemodinámico, hipotensión arterial, ingurgitación yugular e hiperlactacidemia. Se realizó ecografía de urgencia que mostró derrame pericárdico con signos de colapso de cavidades derechas (Fig. 1). Rápidamente evolucionó con paro cardiorrespiratorio de 5 minutos de duración, con respuesta a maniobras de reanimación avanzadas y pericardiocentesis con drenaje hemático de 750 ml. Inició soporte hemodinámico con noradrenalina, fenilefrina, adrenalina y dobutamina. A las 3 horas de la pericardiocentesis el ecocardiograma transesofágico mostró hipocinesia ventricular izquierda con discinesia y “abombamiento” apical, asociado a deterioro grave de la función sistólica del ventrículo izquierdo, sin signos de disección aórtica (Fig. 2).

Su condición clínica mejoró, con descenso de los requerimientos de vasoactivos hasta su suspensión, desvinculación de la asistencia respiratoria mecánica, reversión de la alteración de la contractilidad miocárdica en

los hallazgos ecocardiográficos, con preservación de la fracción de eyección y resolución del derrame pericárdico. La cinecoronariografía realizada a los 10 días del ingreso no presentaba lesiones angiográficamente significativas.

Se interpretó el cuadro como miocardiopatía por estrés asociado a taponamiento cardíaco por hemopericardio.

Al año del evento, la paciente se encuentra con buena clase funcional, asintomática para angor o disnea, y presenta en el ecocardiograma función sistólica del ventrículo izquierdo conservada, sin trastornos de la motilidad.

Se contó con el consentimiento informado de la paciente para la publicación del caso.

Discusión

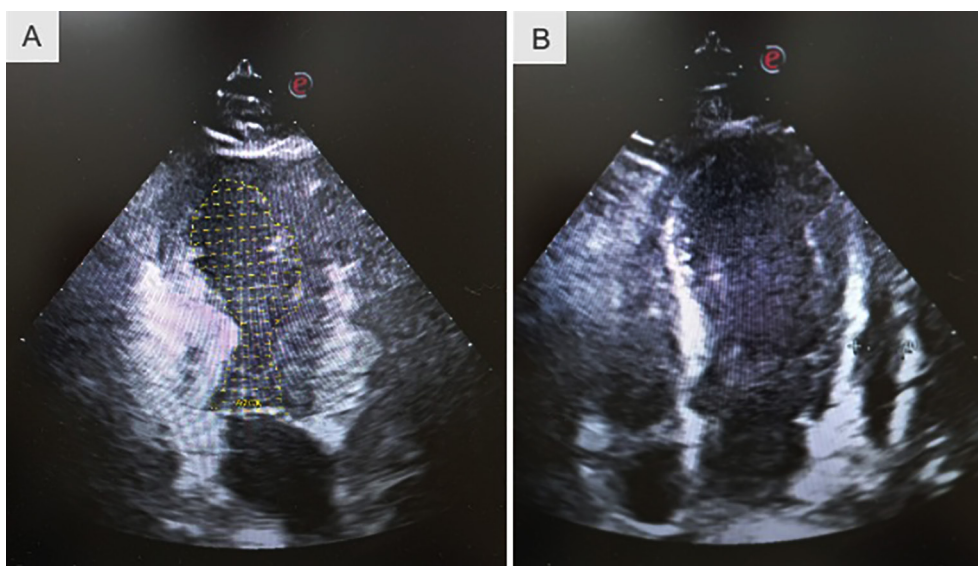
La etiopatogenia del derrame pericárdico en la miocardiopatía de takotsubo continúa siendo desconocida¹. Sin embargo, es excepcional el desarrollo de taponamiento cardíaco con requerimiento de pericardiocentesis, así como la presencia de hemopericardio, habiéndose descrito hasta nuestro conocimiento tan solo tres casos en la literatura^{2,3}. Existen casos de enfermedad de takotsubo con taponamiento cardíaco por hemopericardio secundario a rotura de pared libre del ventrículo, complicaciones que habitualmente se presentan luego de las primeras 72 horas del inicio del cuadro⁴. En la paciente reportada parece poco probable esta etiología por la precocidad del derrame, la reversibilidad y la mejoría clínica sin que medie otra conducta además de la pericardiocentesis inicial. El síndrome de takotsubo afecta predominantemente a mujeres postmenopáusicas, sugiriendo el rol de la disminución de los niveles de estrógenos en la patogénesis⁵, y posterior a algún tipo de estrés emocional o físico reciente en la mayoría de las presentaciones (94%)⁶.

Debido a la presentación clínica, correlación electrocardiográfica y enzimática con respecto al infarto agudo de miocardio, la mayoría de los pacientes reciben tratamiento completo con doble antiagregación y anticoagulación. Se ha demostrado que en un contexto de dilatación ventricular no es necesario gran cantidad de derrame pericárdico para desarrollar inestabilidad hemodinámica⁷. Si bien no podemos explicar claramente la etiología del derrame hemorrágico al ingreso, consideramos como posible mecanismo etiopatológico la pericarditis hemorrá-

Figura 1 | En esta ventana ecocardiográfica (subxifoidea) se evidencia la presencia de derrame pericárdico de localización anterior, contiguo a la pared libre del ventrículo derecho, con colapso completo de dicha cavidad, constituyendo un hallazgo compatible con taponamiento cardíaco



Figura 2 | Se observa en ventana apical (vista de cuatro cámaras), el ventrículo izquierdo en fase sistólica (A) y diastólica (B). En sístole, se observa clara reducción de la cavidad en sus segmentos basales (hipercontráctiles) con abombamiento en segmentos medio-distales, secundario a la disminución grave de la contractilidad



ca secundaria a inflamación, producto del daño miocárdico por hipersensibilidad a las catecolaminas asociado al tratamiento antitrombótico y anticoagulante.

En tal sentido, debe considerarse la miocardiopatía de takotsubo como diagnóstico diferen-

cial del síndrome coronario agudo en pacientes con reciente estresor físico o emocional y monitorearlo intensivamente dadas las potenciales complicaciones asociadas.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Guevara R, Aguinaga-Meza M, Hazin MI, Hazin R, McCord J. Takotsubo cardiomyopathy complicated with acute pericarditis and cardiogenic shock. *J Natl Med Assoc* 2007; 99: 281-3.
2. Yeh RW, Yu PB, Drachman DE. Takotsubo cardiomyopathy complicated by cardiac tamponade: classic hemodynamic findings with a new disease. *Circulation* 2010; 122: 1239-41.
3. López Canoa JN, Redondo Diéguez A, Bermúdez Naveira A, Rigueiro Veloso P, García Acuña JM, González Juanatey JR. Tako-tsubo cardiomyopathy complicated with cardiac tamponade and cardiogenic shock. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2019; 72: 351-3.
4. Damluji AA, Van Diepen S, Katz JN, et al. Mechanical complications of acute myocardial infarction: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2021; 144: e16-e35.
5. Kuo BT, Choubey R, Novaro GM. Reduced estrogen in menopause may predispose women to takotsubo cardiomyopathy. *Gend Med* 2010; 7: 71-7.
6. Abe Y, Kondo M, Matsuoka R, Araki M, Dohyama K, Tanio H. Assessment of clinical features in transient left ventricular apical ballooning. *J Am Coll Cardiol* 2003; 41: 737-42.
7. Cogswell TL, Bernath GA, Keelan MH Jr, Wann LS, Klopfenstein HS. The shift in the relationship between intrapericardial fluid pressure and volume induced by acute left ventricular pressure overload during cardiac tamponade. *Circulation* 1986; 74: 173-80.