

TAKOTSUBO: CUANDO EL CORAZON SE QUIEBRA EL SHOCK CARDIOGENICO ES REAL

INTRODUCCION

Sd clínico caracterizado por DSVI aguda y transitoria (<21 días), relacionada con un evento estresante emocional o físico en los días anteriores (1 a 5 días). Más frecuente en mujeres posmenopausicas.

Mortalidad del 5%. La IC sistólica afecta al 12% y los predictores independientes son: **edad avanzada, FEVI baja al diagnostico, mayores niveles de Tn al ingreso y pico, patrón medioventricular, afección del VD y un factor estresante físico (en lugar de emocional).** La IC aguda con OTSVI e IM son los casos más graves y difíciles de tratar, porque ambos impiden aún más la sístole del VI. Un **Grad Max ≥ 40 mm Hg se asocia con alto riesgo.**

CASO CLINICO

Paciente femenina, de 74 años, DBT, hipotiroidea y con sobrepeso que se encontraba cursando IRAB en forma ambulatoria.

Consulta por disnea CF IV (NYHA) y dolor precordial típico. EF: mala perfusión distal, sin signos de congestión. PA 80/50 mmHg. FC 100 lpm. SO2 91%. FR 24/min.

ECG: T negativa V1 y V2. Infradesnivel del ST DI y AVL.

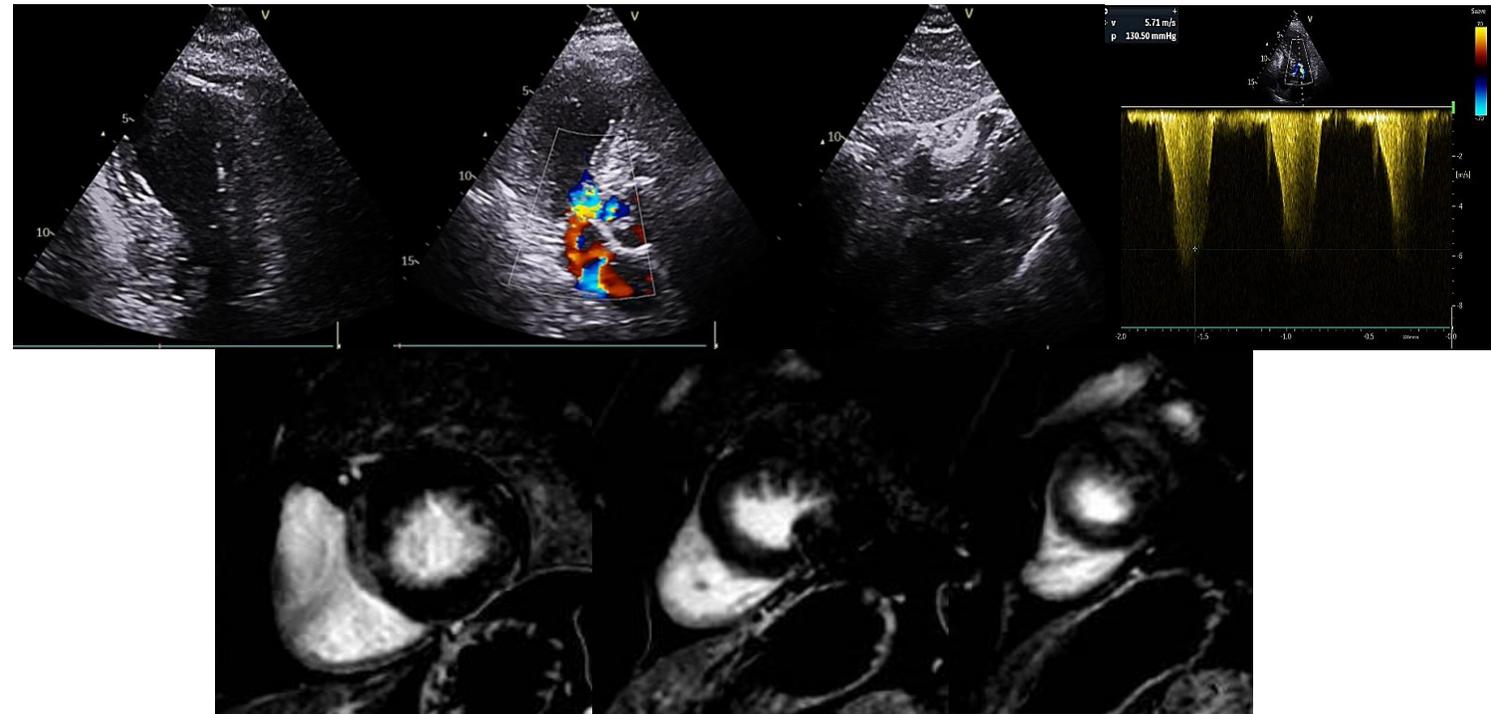
Laboratorio: TnT 486 mg/ml. Pico enzimático CPK 700 u/l – CPKMB 78 u/l

CCG: Arterias coronarias sin lesiones significativas

EET: VI dilatado. FEVI 30%. Disquinesia apical. Aquinesia de segmentos medios y distales de todas las paredes. Hiperquinesia de los segmentos basales. OTSVI dinámica secundaria a la hipercontractilidad de las bases sumada a rodilla septal de 14 mm y SAM. Grad Mx basal de 83 mmHg que aumenta a 130 mmHg con maniobras de valsalva. IM moderada. PSP 54 mmHg. Disquinesia ápex del VD con función global conservada.

Evoluciona con shock cardiogenico, requerimiento de inotrópicos, vasoactivos y soporte con O2 sin ARM. Utilizando parámetros hemodinámicos dinámicos y EET se optimizaron dosis y terapéutica. Con el paso de los días se observa mejoría de la paciente y lenta pero progresiva recuperación de la contractilidad y disminución de los gradientes obstructivos del TSVI. Permitiendo retirar soporte inotrópico al 7 día, iniciándose betabloqueantes en bajas dosis con buena respuesta.

RMN al mes: Tamaño y función sistólica global biventricular conservadas. FEVI 67%. Movilidad normal. Ausencia de edema y fibrosis miocárdica.



CONCLUSION

El Takotsubo que se acompaña de disfunción sistólica y OTSVI representa un gran desafío para el manejo clínico durante la etapa aguda, ya que estos son los casos de mayor mortalidad.

Si bien es una entidad mundialmente conocida aun queda mucho por aprender de su fisiopatología.