

Presentación infrecuente de miocardiopatía por estrés (tako-tsubo)

Uncommon presentation of stress-induced (tako-tsubo) cardiomyopathy

Dr. Ebrey León Aliz^{a,b}✉, Dr. Javier Goicolea Ruigómez^b y Dra. Marta Jiménez-Blanco Bravo^b

^a Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

^b Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid, España.

Full English text of this article is also available

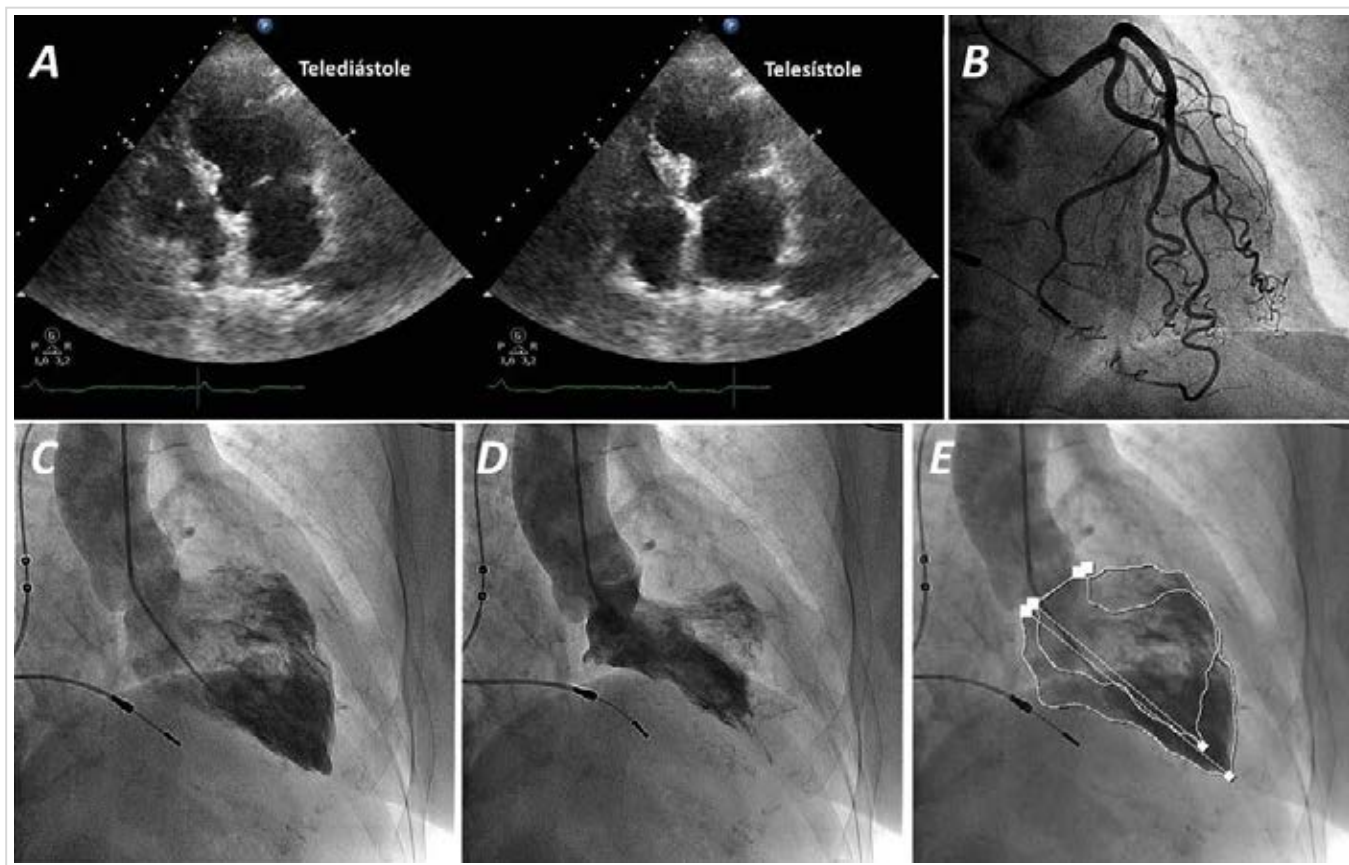
Palabras Clave: Miocardiopatía por estrés, Síndrome de tako-tsubo, Coronariografía, Ecocardiografía
Key words: *Stress-induced cardiomyopathy, Tako-Tsubo syndrome, Coronary angiography, Echocardiography*

Mujer de 83 años sin factores de riesgo cardiovascular conocidos, ni signos clínicos de isquemia o insuficiencia cardíaca después de la implantación del marcapasos (15 años); que fue remitida por los servicios de urgencias médicas al Hospital Universitario Puerta de Hierro tras un episodio de dolor torácico opresivo, acompañado de disnea y ansiedad, luego de una situación de estrés psíquico importante. Durante el traslado sus síntomas cedieron paulatinamente, por lo que llegó al hospital asintomática y en el electrocardiograma se observó un supradesnivel mínimo del segmento ST en las derivaciones de la cara lateral alta, con rectificación inferior y onda T negativa en D_{III}. La troponina I al ingreso fue de 2,65 µg/L (máxima de 7,34), y el ecocardiograma urgente (**Panel A**) informó un ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia septal, acinesia de los segmentos anteriores, anteroseptal e

inferoseptal, y función sistólica moderadamente disminuida (fracción de eyección [FE]: 35%). Con la sospecha de miocardiopatía por estrés fue remitida para coronariografía, 48 horas posteriores al ingreso, donde se constataron unas arterias coronarias sin estenosis angiográficas o evidencia de placa inestable (**Panel B**). La ventriculografía (**Paneles C y D**), en vista oblicua anterior derecha 30°, demostró una acinesia focal del segmento medio de la cara anterior, así como normocinesia del resto de los segmentos (**Panel E**), con una FE calculada de 64%.

La miocardiopatía de estrés o tako-tsubo se manifiesta típicamente (81,7%) como acinesia apical (*apical ballooning*), en un 14,6% como una acinesia medio ventricular (anterior e inferior), en un 2,2% como acinesia basal, y sólo un 1,5% como acinesia focal, como lo es el presente caso. Si se tiene en cuenta que el ecocardiograma realizado dos días antes era compatible con la forma típica, la posible explicación para esta forma infrecuente puede ser la recuperación de algunos de los segmentos acinéticos mientras que persisten las alteraciones en el segmento medio-anterior por haber sido, supuestamente, el más afectado.

✉ E León Aliz
Cardiocentro Ernesto Che Guevara
Calle Cuba 610, e/ Barcelona y Capitán Velasco.
Santa Clara 50100. Villa Clara, Cuba
Correo electrónico: ebreyleon@gmail.com



Uncommon presentation of stress-induced (tako-tsubo) cardiomyopathy

Presentación infrecuente de miocardiopatía por estrés (tako-tsubo)

Ebrey León Aliz^{a,b}✉, MD; Javier Goicolea Ruigómez^b, MD; and Marta Jiménez-Blanco Bravo^b, MD

^a Department of Hemodynamics and Interventional Cardiology. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

^b Department of Hemodynamics and Interventional Cardiology. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid, Spain.

Este artículo también está disponible en español

Key words: Stress-induced cardiomyopathy, Tako-Tsubo syndrome, Coronary angiography, Echocardiography
Palabras Clave: Miocardiopatía por estrés, Síndrome de tako-tsubo, Coronariografía, Ecocardiografía

83-year-old woman without known cardiovascular risk factors and no clinical signs of ischemia or heart failure after the implantation of a pacemaker (15 years ago); who was sent by the emergency medical services to the Hospital Universitario Puerta de Hierro, after an episode of oppressive thoracic pain, accompanied by dyspnea and anxiety, after a situation of important psychological stress. During the transfer, her symptoms abated gradually; thus, she arrived asymptomatic to the hospital. Minimum ST segment elevation was observed in the electrocardiogram, on high lateral wall leads, with minor inferior wall rectification and negative T wave in D_{III}. The troponin I at admission was of 2.65 µg/L (maximum of 7.34) and the emergency echocardiogram (**Panel A**) reported a non dilated left ventricle with septal hypertrophy, akinesia of anterior, anterosep-

tal and inferoseptal wall segments, with moderately decreased systolic function (ejection fraction [EF]: 35%). Suspecting a stress-induced cardiomyopathy, she was oriented a coronary angiography, 48 hours later to the admission, where coronary arteries without angiographic stenosis or evidence of unstable plaque (**Panel B**) were confirmed. The ventriculography (**Paneles C y D**), in right anterior oblique view 30°, showed a focal akinesia of the middle segment of the anterior wall and normokinesis of the other segments (**Panel E**), with a calculated EF of 64%.

The stress-induced cardiomyopathy, or tako-tsubo, is typically manifested as apical ballooning (81.7%), in a 14.6% as a half-ventricular akinesia (anterior and inferior), in a 2.2% as basal akinesia, and only 1.5% as focal akinesia, as is the case presented herein. Considering that the echocardiogram performed two days before supported the typical manifestation, the possible explanation for this uncommon presentation may be the recovering of some of these akinetic segments while alterations persist in the mid-anterior segment for having been, supposedly, the most affected.

✉ E León Aliz
Cardiocentro Ernesto Che Guevara
Calle Cuba 610, e/ Barcelona y Capitán Velasco.
Santa Clara 50100. Villa Clara, Cuba
E-mail address: ebreyleon@gmail.com

