



6009-27. TAKO TSUBO TÍPICO Y ATÍPICO

Ángel Antonio López Cuenca, José Nieto Tolosa, Juan Ramón Gimeno, Javier Lacunza, Raúl Valdesuso, Ignacio Echeverría, Eduardo Pinar y Mariano Valdés del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) y Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza (Murcia).

Resumen

Introducción: La fisiopatología del síndrome de Tako Tsubo es desconocida. Se desencadena típicamente por un intenso estímulo adrenérgico. La distribución desigual de los receptores adrenérgicos preferentemente en ápex podría explicar las alteraciones de la contractilidad, aunque otros patrones de discinesia han sido descritos. Además la discinesia transitoria puede ocurrir en ausencia de ningún desencadenante adrenérgico. Nuestro objetivo es describir la prevalencia de los patrones típicos y atípicos del síndrome en nuestro centro.

Métodos: 32 (edad 68 ± 13 , rango 24-90 años, 30 (94%) mujeres) casos consecutivos de discinesia transitoria de ventrículo izquierdo inexplicada fueron evaluados. 1 caso con patrón típico que falleció por shock cardiogénico también fue incluido. Se analizaron los desencadenantes, patrones de contractilidad y eventos clínicos.

Resultados: El desencadenante fue el estrés emocional en 9 (28%), ejercicio en 5 (16%), infección en 2 (6%) y alteración neurológica en 2 (6%). El episodio ocurrió en reposo (8, 25%) o durante el sueño (3, 9%). El estrés fue codificado como muy intenso en 8 (25%) e intenso en 7 (22%) casos. 21 (66%) pacientes presentaron angina, 4 (12%) dolor torácico atípico, mientras que 7 (22%) pacientes no refirieron dolor torácico. Se objetivaron cambios ECG en derivaciones anteriores en 18 (56%), inferiores 3 (9%), laterales 5 (16%) y otras en 6 (19%). El patrón de discinesia fue típico en 25 (78%) y atípico en el resto (3 invertido, 4 otras localizaciones). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue $42 \pm 10\%$. El aumento de troponina fue documentado en todos los casos excepto 2 con los tests disponibles. 3 (9%) pacientes tuvieron episodios recurrentes de discinesia transitoria en el seguimiento. 7 (22%) pacientes tuvieron las 4 características de la descripción original del síndrome (estrés, angina, cambios en derivaciones anteriores y patrón de discinesia apical).

Conclusiones: Las formas atípicas o incompletas de discinesia ventricular izquierda transitoria parecen ser más frecuentes que la descripción original del síndrome de Tako Tsubo. La heterogeneidad en la fisiopatología del síndrome podría explicar los hallazgos. Hipótesis alternativas deberían explorarse.