

Síndrome de *tako-tsubo* con severa acalasia

Sra. Editora:

El síndrome de *tako-tsubo* es un trastorno que remedia el infarto de miocardio con elevación del segmento ST, sin que haya signos de estenosis o espasmo arterial coronario significativos. Se caracteriza por anomalías regionales transitorias del movimiento de la pared que afectan a los segmentos medio y apical del ventrículo izquierdo y que se extienden más allá de un único territorio de distribución vascular epicárdico. Se produce principalmente en mujeres posmenopáusicas tras la exposición a un estrés emocional o físico súbito. La fisiopatología continúa siendo objeto de controversia y puede tener relación con un aturdimiento miocárdico inducido por catecolaminas y desencadenado por un evento estresante¹. Presentamos el primer caso de una mujer de 50 años con un síndrome de *tako-tsubo* desencadenado por una acalasia grave.

Una mujer de 50 años, posmenopáusica, fue ingresada en el hospital a causa de vómitos y disnea aguda. Sus antecedentes patológicos incluían, 10 años antes, una acalasia tratada con dilatación con balón neumático. Durante aproximadamente 6 meses la paciente presentó molestias de disfagia creciente. No sufrió dolor torácico alguno. Los electrocardiogramas (ECG) obtenidos de manera sistemática registraron una elevación transitoria del segmento ST en las derivaciones inferolaterales (fig. 1A), con elevación de troponina (troponina I,

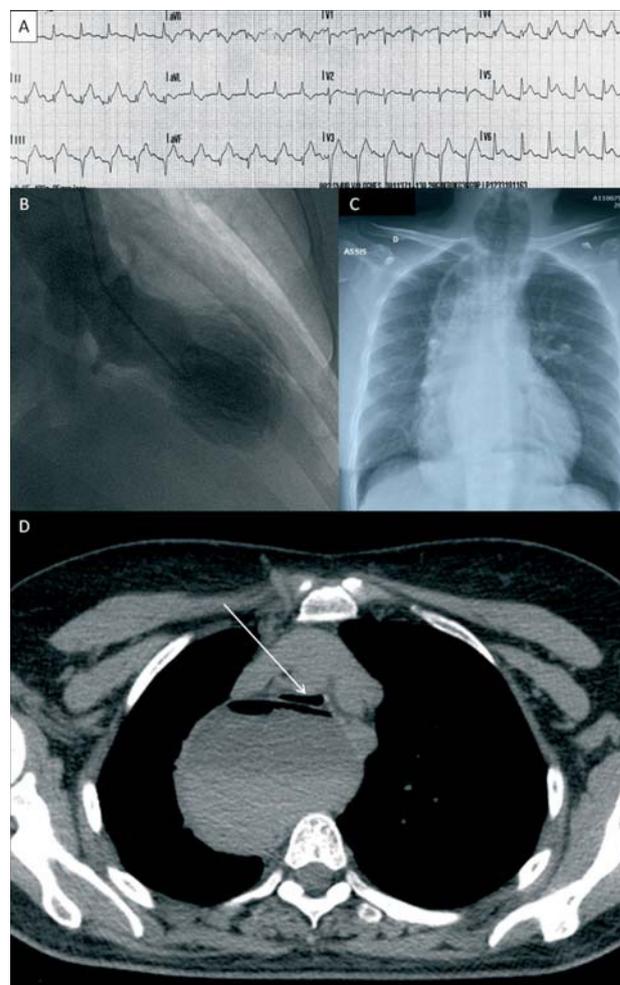


Fig. 1. A: primer electrocardiograma en el que se observa una elevación del segmento ST en las derivaciones inferolaterales. B: ventriculograma izquierdo (fase telediastólica en proyección oblicua anterior derecha) que muestra una dilatación brusca (*ballooning*) del vértice del ventrículo izquierdo. C: radiografía de tórax. D: se observa un ensanchamiento mediastínico general con dos niveles hidroaéreos y compresión de la tráquea (flecha blanca).

1,22 ng/ml; límites normales < 0,06 ng/ml). La ecocardiografía transtorácica (ETT) mostró acinesia y dilatación del ápex del ventrículo izquierdo (*ballooning*), con reducción de la fracción de eyección ventricular izquierda (35%). El cateterismo cardiaco confirmó el diagnóstico de miocardiopatía de *tako-tsubo*: ausencia de enfermedad coronaria, sin signos de rotura de placa ni de espasmo coronario epicárdico, y presencia de acinesia y dilatación del ápex del ventrículo izquierdo (fig. 1B).

La radiografía de tórax reveló ensanchamiento general del mediastino con dos niveles hidroaéreos (fig. 1C) y la tomografía computarizada de tórax mostró una gran distensión de todo el esófago (diámetro máximo, 74 mm), con un nivel hidroaéreo y compresión traqueal (flecha blanca en la fig. 1D). La endoscopia gastroduodenal realizada pocos días después mostró una distensión del esófago con retención

de alimento no digerido y ausencia de peristaltismo, y se estableció la presencia de una recidiva de la acalasia. Treinta días después del ingreso, la paciente fue tratada con éxito mediante dilatación con balón neumático, que volvió a aplicarse 2 semanas después. El seguimiento de 3 meses transcurrió sin incidencias, con normalización completa del ECG y la ETT.

Nuestra paciente no presentó ninguno de los eventos desencadenantes habituales del síndrome de *tako-tsubo*. El estrés inducido por los vómitos de gran intensidad podría haber producido aumento de las catecolaminas circulantes, con toxicidad cardíaca directa². En los últimos 15 años se han descrito varios casos de muerte cardíaca súbita de pacientes con acalasia no sospechada que se diagnosticó en la autopsia³. Aunque el pronóstico del síndrome de *tako-tsubo* suele ser bueno, durante la fase aguda pueden producirse complicaciones con peligro para la vida y muertes súbitas cardíacas. Nuestro caso indica que una acalasia grave puede ser un evento desencadenante del síndrome de *tako-tsubo*.

Agradecemos a F. Jones la preparación del manuscrito.

Guillaume Coutance^a, Emmanuelle Cauderlier^b,
Romain Gloro^c y Fabien Labombarda^a

^aDepartamento de Cardiología. Hospital Universitario de Caen.
Caen. Francia.

^bDepartamento de Radiología. Hospital Universitario de Caen.
Caen. Francia.

^cDepartamento de Gastroenterología. Hospital Universitario de Caen.
Caen. Francia.



Material multimedia adicional (vídeo) disponible en:
www.revespcardiol.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Akashi YJ, Goldstein DS, Barbaro G, Ueyama T. Takotsubo cardiomyopathy: a new form of acute, reversible heart failure. *Circulation*. 2008;118:2754-62.
2. Awais M, Hernández RA, Bach DS. Takotsubo cardiomyopathy triggered by severe vomiting. *Am J Med*. 2008;121:e3-4.
3. Schalinski S, Guddat SS, Tsokos M, Byard RW. Megaesophagus and possible mechanisms of sudden death. *J Forensic Sci*. 2009;54:216-9.