



“Síndrome de corazón roto” (Miocardiopatía de Takotsubo) en el embarazo: Reporte de caso

Treviño-Montemayor, Oscar R; Murillo-Mendoza, Andrés; Ramirez-Montes, Mario; Cruz-Villarreal, Mauro; Barrera-Landa, Eglá.

Medicina Materno-Fetal, Departamento de Ginecología y Obstetricia,

Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Universidad Autónoma de Nuevo León



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”

ANTECEDENTES

La miocardiopatía Takotsubo se considera una de las variantes de la miocardiopatía postparto, afectando principalmente a mujeres posmenopáusicas. Se le conoce como síndrome del corazón roto, que se caracteriza por una disfunción transitoria y reversible de la región apical del ventrículo izquierdo, se clasifica en subtipos de los cuales el 80% corresponde a la afectación medio-ventricular, 12% a la de tipo basal (takotsubo inverso) y 8% al tipo focal. El takotsubo inverso representa el 2.2% de cardiomiopatía por estrés. La principal hipótesis de la fisiopatología es la cardiotoxicidad por catecolaminas, desencadenado por cirugías o otras causas estresantes que causan activación simpática, esto justifica la elevación ST en derivaciones precordiales o la inversión de la onda T en casi un 97% de los pacientes. En la ecografía la anomalía más común es el balonamiento apical del ventrículo izquierdo como resultado de una hipomotilidad del ápex, acompañado de una hiperquiesia del resto de los segmentos ventriculares. La troponina I cardiaca está elevada en más del 90% de los pacientes. El diagnóstico de esta enfermedad suele confirmarse tras la verificación de la ausencia de enfermedad aterotrombótica en las arterias coronarias. La serie más grande, la cual incluyó 88 pacientes, describe una mortalidad hospitalaria del 1%. Las complicaciones fundamentales son el edema pulmonar o el fallo cardíaco izquierdo. La tasa de mortalidad en general varía del 1- 2%. Se ha observado que la mayoría de las pacientes recuperan la función cardíaca normal entre 4-8 semanas posterior al evento.

CASO CLINICO

Se trata de paciente de 31 años con diagnóstico previo de hipotiroidismo en buen control, alérgica a paracetamol, ketorolaco y penicilina, cursando 36.2 de embarazo en su 4ta gesta, con antecedente de 2 partos (2013 parto complicado de 32 semanas con paro cardio respiratorio posterior a evento obstétrico sin posterior seguimiento y en 2014 presentando shock anafiláctico aparentemente secundario a la aplicación de anestesia durante 2do periodo trabajo parto), 1 cesárea complicada con hemorragia obstétrica en 2006. Acude a consulta del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” refiriendo actividad uterina, a su llegada se encuentra a la valoración, paciente hemodinámicamente estable con las siguientes constantes vitales TA: 100/60 FC: 75 lpm, FR 17 rpm. A la valoración obstétrica, se encuentra en trabajo de parto en fase activa, se decide su ingreso para atención del nacimiento y estudio.

Se realiza ultrasonido obstétrico reportando fetometría 35.1 semanas, PFE:2850 grs Percentil 17%, ILA 10, Placenta anterior grado II, cefálico. Se solicita a manera de interconsulta valoración por servicio de Endocrinología y Cardiología. Encontrándose los siguientes hallazgos: T.S.H 2.19 mU/ml, T4L 1.28 mU/ml, a la valoración por servicio de Cardiología se encuentra EKG ritmo sinusal, eje eléctrico 60° sin datos de isquemia, lesión, necrosis o hipertrofia, VSCAN: muestra función sistólica conservada, sin defectos de contractilidad segmentaria, ni defectos valvulares, sin contraindicación para evento quirúrgico.

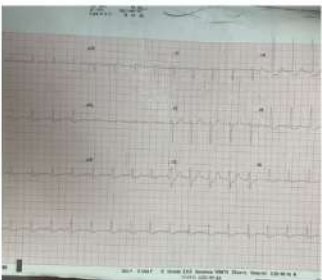


Figura 1

Se decide interrupción del embarazo vía abdominal por distocia de contracción. Con inicio de tiempo quirúrgico 20/07/2022 a las 00:20 horas, bajo bloqueo epidural dosis continua con 400 mg lidocaína, se corrobora nivel anestésico. Durante evento quirúrgico, se observa frecuencia cardíaca arrítmica, paciente comienza con datos de dificultad respiratoria, taquicardia 125 lpm TA 80/40 SaO2 98 % sin datos de hemorragia obstétrica, se decide intubación orotraqueal, con posterior caída de TA 70/30, se decide la administración de adrenalina 1mg IV presentando cambios electrocardiográficos en monitor con cambios en segmento ST (Figura 1), se administran 3 dosis de adrenalina IM ante la sospecha de probable shock anafiláctico, se evidencia PAM 30 mmHg, se inicia bomba de norepinefrina a .08 mcg mostrando mejoría en PAM a 65 mmHG, se termina procedimiento a la 01:10 horas obteniendo RN femenino de 2560 gramos, 47 cm, APGAR 7/9, 36.4 semanas por capurro a las 00:33 horas, con un sangrado total de 300 cc, sin otros hallazgos de importancia (paciente rechazo método de planificación familiar permanente).

Se revalora paciente en puerperio inmediato, encontrando en EKG depresión del segmento ST de V3-V6, DII, DIII y aVF y elevación en aVR. Al ecocardiograma: disquiesia en segmentos basales, hipoquiesia en segmentos medios de forma drcunferencial e hipercontractilidad apical con fracción de eyección del 48% (Figura 2,3,4) con una troponina inicial de 1,276 ng/L. El EKG a las 24 horas muestra una evolución a un patrón T altas de base ancha con QTc 592 ms y troponina en 1896 ng/L. Continuando con evolución obstétrica y hemodinámica con tendencia a la mejoría. Al 4to día de puerperio, el ecocardiograma muestra mejoría en contractilidad basal y media con recuperación en FEVI de 61% (Figura 5,6,7). Se realiza angioTAC coronario con segmentos coronarios sin datos de estenosis. Función sistólica del VI conservada (FE del 70%). Sin defectos de perfusión ni trombos intracavitarios. Iniciamos manejo con B-bloqueador bisoprolol 1.25 mg. Se decide egreso medicado a los 8 días de internamiento.

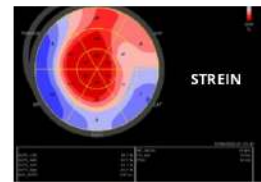


Figura 2



Figura 3

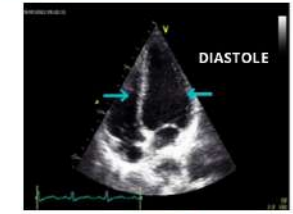


Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

DISCUSIÓN

La miocardiopatía de Takotsubo, es una enfermedad rara que puede afectar a mujeres embarazadas, puede simular un síndrome coronario agudo o en su defecto una miocardiopatía periparto, lo que complica su diagnóstico. Típicamente los paciente presentan síntomas de insuficiencia cardíaca izquierda, dolor torácico, disnea, ortopnea, o incluso puede pasar desapercibida. Entre los probables factores desencadenantes se asocia a cariotoxicidad por catecolaminas, estrés emocional severo. En la fase aguda puede simular un síndrome coronario agudo. La evaluación diagnóstica, debe incluir un electrocardiograma (ECG), biomarcadores cardíacos, ecocardiografía y angiografía del corazón izquierdo. Al electrocardiograma generalmente se encuentran, intervalo PR prolongado, QT prolongado, elevación del segmento ST en derivaciones precordiales típicamente V3 a V6, inversión profunda de onda T, elevación de enzimas cardíacas. A la ecocardiografía encontraremos acinesia hipocinesia o discinesia del ventrículo izquierdo, abombamiento apical, fracción de eyección a menudo reducida entre 20-40% y corroborar ausencia de enfermedad coronaria obstructiva a la angiografía. En nuestra paciente tenía anomalías en electrocardiograma antes descritas y un patrón basal o invertido a la ecocardiografía, siendo parte de el 5 % de las variantes descritas en esta patología, secundaria a la administración de catecolaminas. Una vez que los pacientes sobreviven a su manifestación inicial, la mortalidad se reporta entre 0 a 8%. La recuperación de la función sistólica se ve típicamente en una a cuatro semanas. Se estima una tasa de recurrencia anual del 1.5% con una incidencia acumulada del 5% a los 6 años.

1. Chak A. (2017). Takotsubo cardiomyopathy: a review. *BMJ Open* 11(12): e018000. doi:10.1136/bmjopen-2017-018000. 2. Chak A. (2018). Takotsubo cardiomyopathy: a review. *BMJ Open* 12(12): e019000. doi:10.1136/bmjopen-2018-019000. 3. Kim B. (2014). Takotsubo cardiomyopathy: a review. *Open Access J Clin* 3(1): 1-6. doi:10.2196/2014.04.001. 4. Devereux R. B., Lieberthal H., Horan M. A., Devereux R. B. (2011). International Takotsubo and Apical Cardiomyopathy Registry. *Journal of the American College of Cardiology* 57(12): 1200-1207. doi:10.1016/j.jacc.2010.10.031. 5. Kim B. (2014). Takotsubo cardiomyopathy: a review. *Open Access J Clin* 3(1): 1-6. doi:10.2196/2014.04.001. 6. Kim B. (2014). Takotsubo cardiomyopathy: a review. *Open Access J Clin* 3(1): 1-6. doi:10.2196/2014.04.001. 7. Kim B. (2014). Takotsubo cardiomyopathy: a review. *Open Access J Clin* 3(1): 1-6. doi:10.2196/2014.04.001. 8. Kim B. (2014). Takotsubo cardiomyopathy: a review. *Open Access J Clin* 3(1): 1-6. doi:10.2196/2014.04.001. 9. Kim B. (2014). Takotsubo cardiomyopathy: a review. *Open Access J Clin* 3(1): 1-6. doi:10.2196/2014.04.001. 10. Kim B. (2014). Takotsubo cardiomyopathy: a review. *Open Access J Clin* 3(1): 1-6. doi:10.2196/2014.04.001.