

Caso Clínico

Miocardopatía de Takotsubo en paciente masculino joven. Reporte de caso.

Takotsubo cardiomyopathy in a young man. Case report.

Rafael Santiago Velásquez Restrepo, María Paula Botero Franco, Marcela Henao-Pérez, Diana Carolina López-Medina

Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 31 de Octubre de 2021

Aceptado después de revisión

el 10 de Agosto de 2022

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Palabras clave:

Cardiomiopatía de Takotsubo, hombres, adulto joven.

Keywords:

Takotsubo cardiomyopathy, men, young adult.

RESUMEN

Se describe el caso de un paciente masculino de 27 años, quien fue remitido a un hospital de alta complejidad luego de que se sospechara un Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Después de realizar la angiografía se descartó compromiso significativo de algún territorio vascular por lo que se llegó al diagnóstico de Síndrome de Takotsubo (STT). Esta enfermedad tiene mayor prevalencia en mujeres postmenopáusicas. Aunque se reporta en menor medida en hombres, se ha visto que en ellos hay mayor índice de complicaciones principalmente cuando se presenta en pacientes jóvenes. A su vez, el diagnóstico en esta población suele estar retrasado debido a sus formas graves de presentación y a la poca sospecha existente, precisamente por los datos limitados que brinda la epidemiología actualmente.

Takotsubo cardiomyopathy in a young man. Case report.

ABSTRACT

The case of a 27-year-old male patient is described, who was referred to a highly complex hospital after an acute myocardial infarction (AMI) was suspected. After performing an angiography, a significant involvement of any vascular territory was ruled out, which led to the diagnosis of Takotsubo Syndrome (TTS). This disease is more prevalent in postmenopausal women. Although it is reported to a lesser extent in men, it has been seen that in them, there is a higher rate of complications, mainly when it occurs in young patients. In turn, the diagnosis in this population is usually delayed due to its severe forms of presentation and the little suspicion that exists precisely because of the limited data currently provided by epidemiology.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Takotsubo (STT) es una disfunción transitoria ventricular aguda que se caracteriza por anomalías en la cinética de las paredes de los ventrículos, no atribuible a la alteración de una única distribución vascular, acompañado de una elevación en los biomarcadores cardíacos y cambios electrocardiográficos (EKG) en ausencia de enfermedad aterosclerótica, lo que lo hace un importante diagnóstico diferencial del Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Su prevalencia es mayor en mujeres postmenopáusicas, sin embargo, se ha visto que los resultados suelen ser peores en hombres jóvenes, tales como: choque cardiogénico, paro cardíaco y arritmias ventriculares^{1,2,3,4,5,6}. Se presenta el caso de un paciente masculino joven con diagnóstico de STT con un seguimiento a 4 años.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 27 años, soltero, vive con sus padres y hermana, tecnólogo electricista. Consulta inicialmente por cuadro

de dolor torácico intenso de inicio súbito en región precordial, opresivo, no irradiado, de intensidad 10/10, asociado a diaforesis profusa, palidez, astenia y adinamia. Se le realizó un EKG en el que se evidenció elevación del segmento ST en cara inferior, por lo que se decide trombolizar con Alteplasa, mostrando criterios de reperfusión positivos, por lo cual se remite a la unidad de cuidados coronarios de una institución de mayor complejidad. Al ingreso a la unidad relata mejoría del dolor, en el momento asociado solo al movimiento. No se encontraron antecedentes personales ni familiares de importancia de enfermedad cardiovascular, niega el consumo de sustancias psicoactivas o estimulantes y solo refiere consumo de alcohol ocasional.

Al examen físico se encontró paciente en buenas condiciones generales, con estabilidad hemodinámica y sin signos de falla cardíaca. Se establece diagnóstico de IAMCEST de cara inferior y se sospecha pericarditis, por lo que se instaura tratamiento farmacológico para ambas entidades. Reincide el dolor precordial, por lo

considerar como un diagnóstico diferencial del STT dado que la clínica y la etiología se pueden compartir en ambas entidades^{7,8}.

En el STT la mayoría de los pacientes son mujeres postmenopáusicas, con una proporción mujer-hombre 9:1^{3,4,6}. Se estima que en Estados Unidos se presentan aproximadamente 50.000-100.000 casos por año, con cifras similares en Europa. Aproximadamente del 1% al 3% de todos los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA) que se someten a una angiografía coronaria son diagnosticados con STT, existiendo una prevalencia de género que oscila entre el 6% a 9.8% para las mujeres y menor al 0.5% para los hombres⁵. En la literatura se estima que solo el 10% de los casos de STT se presentan en varones, sin embargo, en la población asiática se ha encontrado una prevalencia mayor que alcanza el 13% a 35%^{2,5}.

Existen pocos registros en la literatura en los que se presenten casos de STT en hombres jóvenes, no obstante, en un estudio realizado en Austria con un total de 179 pacientes, se encontró que 11 de ellos eran hombres con edades entre los 38-88 años⁴. Asimismo, un estudio realizado en 11 países ratificó que la prevalencia de la enfermedad en hombres fue inversamente proporcional a la edad, siendo de 12.4% en menores de 50 años y de 6.3% en mayores de 75 años³.

Hasta en el 70% a 80% de los casos se establece la causa de la miocardiopatía, y de estos el estrés emocional representa el 40% en general³. Se ha descrito que el estrés físico, como el dado por enfermedades no cardíacas agudas o procedimientos quirúrgicos o diagnósticos, puede desencadenar el STT con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (35% frente a 14.2%, respectivamente)^{2,5,7,8}. Además, se ha visto que los hombres que desarrollan STT tienen más probabilidades de vivir solos que las mujeres, asimismo el hábito de fumar es mayor en ellos, 24.4% en mujeres y 57.1% en hombres². También es importante la relación entre enfermedades psiquiátricas con el desarrollo de STT, porque tanto las patologías como su manejo podrían desencadenar la enfermedad (hasta el 70% de los pacientes con STT tienen asociado un trastorno neuropsiquiátrico como epilepsia, accidente cerebrovascular, trastornos del ánimo y ansiedad)^{3,9,10}. En el caso aquí reportado, no se identificó un estresor asociado o comorbilidad neuropsiquiátrica.

Las principales manifestaciones clínicas son la disnea y el dolor torácico, siendo este último más frecuente en las mujeres mientras que, la disnea, el síncope o cualquier otro síntoma se presentan de manera similar en ambos sexos. Los pacientes jóvenes son más propensos a desarrollar complicaciones como choque cardiogénico (11.9%), paro cardíaco (3.3%) y arritmias ventriculares (6.8%), o que éstas sean la manifestación inicial de la enfermedad, por lo tanto, su diagnóstico podría verse retrasado^{5,7,11}. Adicionalmente, se ha encontrado que los hombres tienen mayor necesidad de recibir soporte cardiopulmonar, y que ser hombre actúa como un predictor independiente de eventos adversos cardiovasculares y mortalidad^{3,11,12}. En la población japonesa, por ejemplo, la autopsia de pacientes que sufrieron muerte súbita cardíaca secundaria al STT reflejó que el 85% eran hombres².

El hallazgo electrocardiográfico más común es la elevación del segmento ST en derivadas precordiales hasta en 40% a 90% de los pacientes, ya que genera un compromiso más apical predominando la manifestación de las lesiones en V5-V6^{5,8,13,14}. Sin embargo, en los hombres los cambios en el EKG suelen ser más tardíos, como la inversión de la onda T o la presencia de onda Q, aunque no se han encontrado diferencias significativas^{5,7}.

En algunos estudios se ha reportado que, en general, los biomarcadores cardíacos tienen un menor nivel en los pacientes con STT comparado con aquellos que cursan con un IAM. En los varones se suele encontrar valores más bajos de prohormona N-terminal del péptido natriurético cerebral al ingreso y una fracción de eyección más baja, pero la creatina quinasa y la troponina son más altas comparadas con las mujeres^{2,5}.

CONCLUSIÓN

Aunque en la literatura es poco frecuente encontrar reportes de caso de STT en hombres jóvenes, cuando éste se presenta los pacientes pueden estar más propensos a desarrollar complicaciones y, por ende, a tener una alta mortalidad. El principal desencadenante en varones es el estrés físico, sin descartar el estrés emocional, en el caso aquí presentado se desconoce si existió algún evento detonante y su evolución fue favorable, posiblemente gracias al diagnóstico y manejo oportuno. Dada la relevancia de los factores psicosociales en el STT, el manejo inicial por parte de psicología o psiquiatría y el tratamiento multidisciplinario juegan un papel importante en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Shufelt CL, Pacheco C, Tweet MS, et al. Sex-Specific Physiology and Cardiovascular Disease. *Adv Exp Med Biol* **2018**; 1065: 433 - 454.
- Budnik M, Nowak R, Fijałkowski M, et al. Sex-dependent differences in clinical characteristics and in-hospital outcomes in patients with takotsubo syndrome. *Pol Arch Intern Med* **2020**; 130: 25 - 30
- Cammann VL, Szawan KA, Stähli BE, et al. Age-Related Variations in Takotsubo Syndrome. *J Am Coll Cardiol* **2020**; 75: 1869 - 1877.
- Weihs V, Szűcs D, Fellner B, et al. Stress-induced cardiomyopathy (Takotsubo syndrome) in Austria. *Eur Hear J Acute Cardiovasc Care* **2013**; 2: 137 - 146.
- Schneider B, Sechtem U. Influence of Age and Gender in Takotsubo Syndrome. *Heart Fail Clin* **2016**; 12: 521 - 530.
- Templin C, Ghadri JR, Diekmann J, et al. Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. *N Engl J Med* **2015**; 373: 929 - 938.
- Angelini P. Takotsubo cardiomyopathy: what is behind the octopus trap? *Texas Hear Inst J* **2010**; 37: 85 - 87.
- JCS Joint Working Group. Guidelines for Diagnosis and Treatment of Patients With Vasospastic Angina (Coronary Spastic Angina) (JCS 2008) - Digest Version -. *Circ J* **2010**; 74: 1745 - 1762.
- Kurisu S, Inoue I, Kawagoe T, et al. Presentation of Tako-tsubo Cardiomyopathy in Men and Women. *Clin Cardiol* **2010**; 33: 42 - 45.
- Sharkey SW, Windenburg DC, Lesser JR, et al. Natural History and Expansive Clinical Profile of Stress (Tako-Tsubo) Cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol* **2010**; 55: 333 - 341.
- Zvonarev V. Takotsubo Cardiomyopathy: Medical and Psychiatric Aspects. Role of Psychotropic Medications in the Treatment of Adults with "Broken Heart" Syndrome. *Cureus* **2019**; 11: e5177
- Nayeri A, Rafla-Yuan E, Krishnan S, et al. Psychiatric Illness in Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy: A Review. *Psychosomatics* **2018**; 59: 220 - 226.
- Liang J, Zhang J, Xu Y, et al. Conventional cardiovascular risk factors associated with Takotsubo cardiomyopathy: A comprehensive review. *Clin Cardiol* **2021**; 44: 1033 - 1040.
- Battioni L, Costabel JP, Mondragón IL, et al. Diferencias electrocardiográficas entre Takotsubo e infarto agudo de miocardio. *Rev Fed Arg Cardiol* **2015**; 44: 51 - 54.