

Número: 072
GT: Otro
Tipo: Caso Clínico
País: Uruguay
Idioma: es

SINDROME DE TAKOTSUBO DESENCADENADO POR UNA CRISIS EPILÉPTICA

Lucía Rampa¹; Rodrigo Abreu¹; Sebastián Olaizola¹; Gustavo Vignolo²

1 - SMQS. 2 - CCA.

Introducción

El Síndrome de Takotsubo se asocia con estados de exceso de catecolaminas relacionado con hiperactividad simpática inducida por un factor estresante. La asociación de este síndrome con convulsiones es poco frecuente y debe ser considerado como una complicación de una crisis epiléptica.

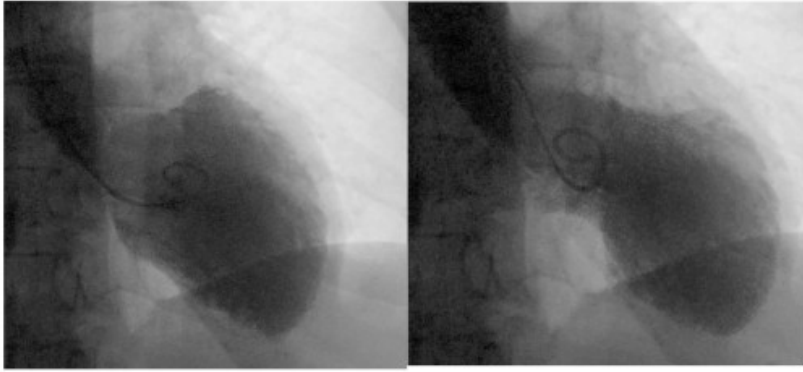
.....

Caso Clínico

Sexo femenino, 72 años. ANTECEDENTES PERSONALES: Epiléptica medicada con difenilhidantoína que abandona hace 48hs. Hipertensa medicada con amlodipina 10mg/día. ENFERMEDAD ACTUAL: pérdida de conocimiento con movimientos tónico-clónicos generalizados y sopor poscrítico. Al recuperarse presenta angor de reposo de 30 minutos de duración, intenso, acompañado de síndrome neurovegetativo. EXAMEN FÍSICO: Lúcida, eupneica, apirética, PA:140/90mmHg, sin insuficiencia cardíaca ni síndrome focal neurológico. ECG: RS 70 cpm, sobrecarga biauricular, PR de 240 mseg, EEM normoposicionado, QRS finos, segmento ST isoelectrico, ondas T invertidas y simétricas en DI, DII, AVL, AVF y de V3 a V6. QT corregido 480 mseg. TropI 1319ng/l (normal <11ng/L). Con diagnóstico de SCAsEST de alto riesgo se realiza CACG que evidencia arterias coronarias sin lesiones significativas. Ventriculograma: hiperquinesia basal y disquinesia mediopical. FEVI 42%, compatible con miocardiopatía de Takotsubo.

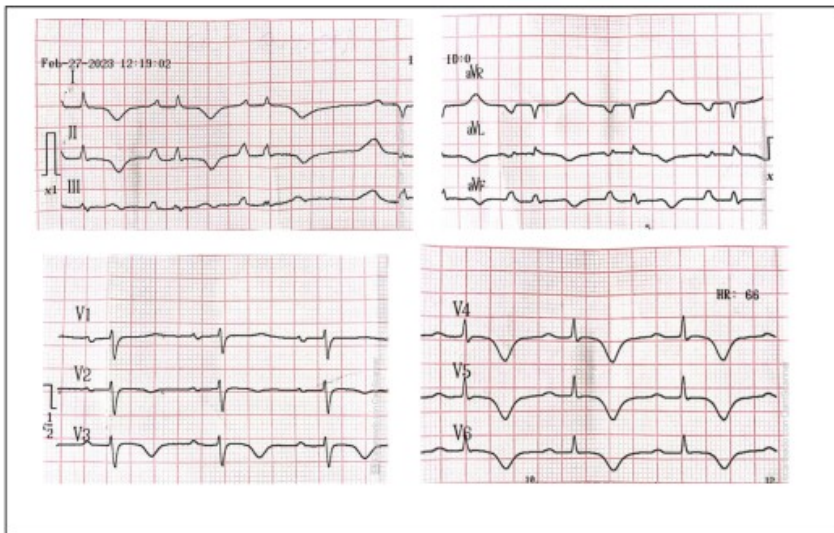
.....

Pruebas complementarias



ETT: VI de dimensiones normales, septum 12mm. FEVI 48%. Hipoquinesia anteroapical, hiperquinesia basal compensatoria. Resto normal.





Diagnóstico

Nuestra paciente presentó un SCAsST de alto riesgo, configurando un IAMsST sin lesiones coronarias significativas, pudiendo definirse como MINOCA. Se realizó ventriculograma característico de miocardiopatía de Takotsubo evidenciando balonamiento apical confirmando dicho subtipo. La paciente no tuvo ningún evento emocional ni físico estresante previo al evento, por lo que el factor desencadenante pudo ser la crisis epiléptica por abandono de medicación. El diagnóstico se respalda en los criterios InterTak. 2.

Discusión

La crisis convulsiva como desencadenante del Síndrome de Takotsubo es poco frecuente. Un estudio de Rupak y cols reportó una tasa de miocardiopatía de Takotsubo en hospitalizaciones relacionadas con epilepsia de 0,1%. La prevalencia de epilepsia en Uruguay ronda el 1%, por lo que se estiman 30.000 personas con esta patología. No hay datos oficiales de internaciones por epilepsia en Uruguay, pero claramente la incidencia de esta complicación es muy baja. La miocardiopatía de Takotsubo ocurre después de un estrés físico o emocional, de mecanismo controvertido. Existen varias hipótesis, donde el aumento de catecolaminas desempeña un papel importante. El aumento brusco de norepinefrina durante una crisis epiléptica produce vasoconstricción microvascular mediada por activación alfa-2-adrenérgica, lo que altera el flujo sanguíneo coronario, llevando a isquemia miocárdica aguda, siendo la causa de la anomalía del movimiento parietal. La distribución más densa de receptores beta-adrenérgicos se encuentra en el segmento apical del corazón, por lo que la concentración anormalmente elevada de catecolaminas podría generar un efecto inotrópico negativo apical, a través de la activación de la vía B2 y proteína Gi (inhibitoria). 5. La evolución de la paciente fue favorable, permaneciendo estable, sin dolor en las primeras 24 horas. No presentó complicaciones cardiovasculares ni neurológicas. En el ETT de control a los 20 días mejoró la contractilidad del VI por lo que no se realizó RNM cardíaca.
