

38 SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST Y SIN LESIONES CORONARIAS

Carlos Guamán Valdivieso¹, Juan Albistur¹, Nicolas Molina¹, Rafael Mila²

1. Cardiocentro Asociación Española. 2. Asociación Española.

Introducción: el síndrome coronario agudo (SCA) es causado principalmente por enfermedad aterosclerótica, pudiendo manifestarse con o sin elevación del segmento ST. En aproximadamente 5% a 10% de los pacientes no se encuentran lesiones coronarias y se inicia un algoritmo de diagnóstico en búsqueda etiológica. En este grupo el SCA se manifiesta principalmente sin elevación del segmento ST, siendo infrecuente su presentación con elevación del ST.

Caso clínico: sexo femenino, 71 años. Antecedente de melanoma, recibe tratamiento con cirugía y radioterapia curativa hace 30 años. Hace tres años SCA estudiado con MIBI que es positivo para isquemia leve en cara anterolateral, CACG sin lesiones. Adecuada clase funcional posterior bajo calcioantagonistas, ARA-II, nitratos y betabloqueantes. En marzo de 2022 reingresa por SCA sin elevación del ST con elevación de troponinas (635 pg/ml). Se realiza CACG que no evidencia estenosis angiográficamente significativas. Se plantea angina microvascular y se otorga alta.

Pruebas complementarias: luego de 20 días, presenta nuevo episodio anginoso en reposo sin alteraciones en el ECG (figura 1, panel A). Troponinas en descenso (3.150 pg/ml-1.650 pg/ml). Ecocardiograma transtorácico normal. A las 6 horas del ingreso nuevo episodio de angor en reposo con síndrome neurovegetativo, y en el ECG presenta supradesnivel del ST anteroseptal (figura 1, panel B). Se administran vasodilatadores orales e intravenosos, observando calma del dolor y renivelación del ST (figura 1, panel C). Se realiza CACG que evidencia ausencia de estenosis coronarias y la ventriculografía es compatible con miocardiopatía de Takotsubo medio ventricular (figura 2). Se registra gradiente dinámico intraventricular.

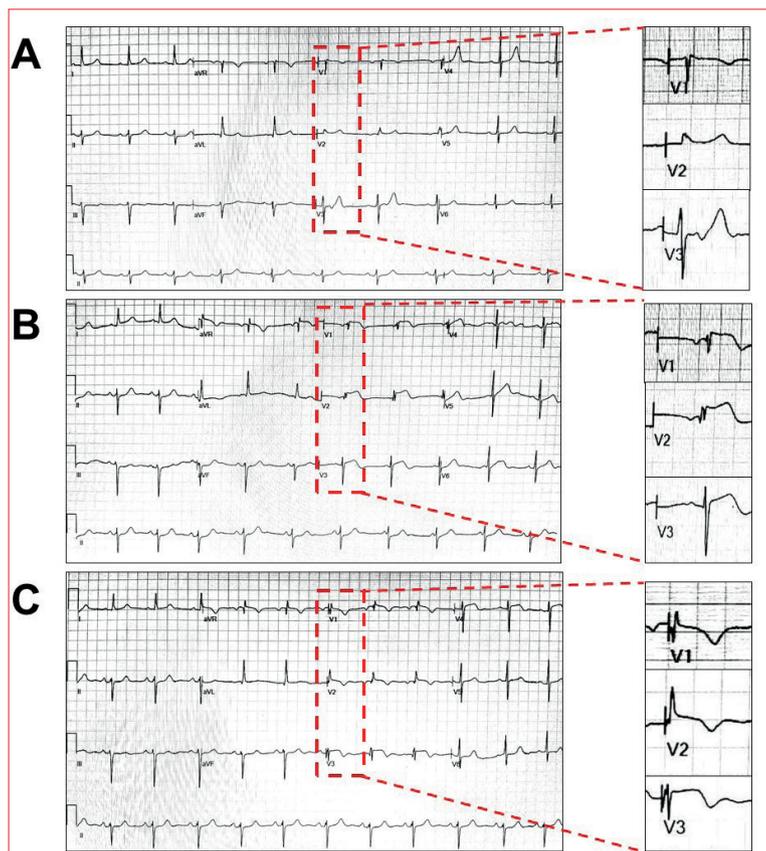


Figura 1. A) Electrocardiograma al ingreso en emergencia: ritmo sinusal + bloqueo fascicular anterior izquierdo + bloqueo incompleto de rama derecha. **B)** Electrocardiograma durante dolor torácico: fraccionamiento de QRS en V1 y V2 + supradesnivel del segmento ST anteroseptal. **C)** Electrocardiograma luego de cese de dolor: renivelación parcial de segmento ST.

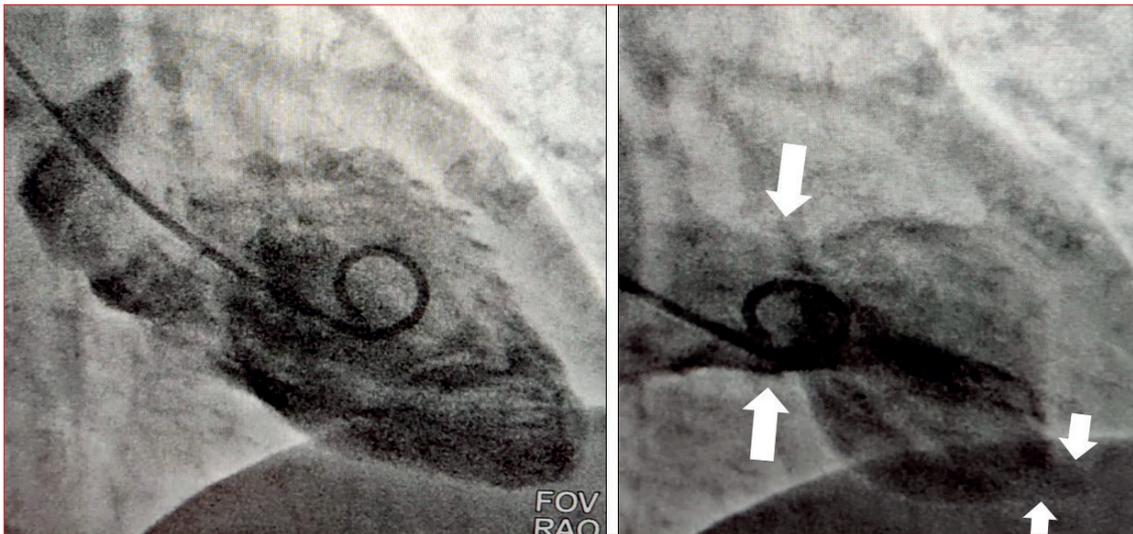


Figura 2. Ventriculografía. Se observa hipercontractilidad basal y apical (flechas blancas) con hipocontractilidad medioventricular. Se registra gradiente dinámico intraventricular.

Diagnóstico: miocardiopatía de Takotsubo medioventricular.

Discusión: la miocardiopatía por Takotsubo se presenta en 1,2% a 2,2% de los síndromes coronarios agudos. Se han propuesto varios mecanismos etiopatogénicos, como espasmo epicárdico multivaso, atontamiento miocárdico inducido por catecolaminas, lisis espontánea del trombo coronario o espasmo microvascular agudo. Es prioritario ante un paciente con IAM sin lesiones coronarias efectuar una ventriculografía para descartar esta entidad. El electrocardiograma en la miocardiopatía de Takotsubo se presenta clásicamente con inversión de la onda T y prolongación del intervalo QT, en caso de presentarse con elevación del segmento ST algunas series de casos han descrito la elevación en las derivadas precordiales, como en el caso de la paciente reportada. Ante la renivelación del segmento ST y cese de dolor con tratamiento vasodilatador el planteo inicial fue espasmo coronario, tratamiento que no se hubiera efectuado de conocer la miocardiopatía dado el riesgo de provocar peoría del gradiente intraventricular, no es posible descartar ni confirmar un componente de espasmo microvascular en este caso particular.