



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-462 - SÍNDROME TAKOTSUBO TRAS EVENTROPLASTIA

Alberca Páramo, Ana¹; Blanco Elena, Juan Antonio²; Robles Quesada, María Teresa²; Fuentes Molina, Sofía³

¹Hospital Universitario Ciudad de Jaén, Jaén; ²Hospital Infanta Margarita, Cabra; ³Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: El síndrome de Takotsubo (STT) supone del 2 al 3% de todas las sospechas de síndrome coronario agudo. Aunque en ocasiones puede coexistir con una enfermedad coronaria.

Caso clínico: Mujer de 71 años de edad con antecedentes de diabetes tipo 2 y asma. Intervenido 30 años antes por hernia umbilical y posterior eventración de la misma con colocación de malla supraaponeurótica. La paciente acude a la consulta de cirugía por molestias en pared abdominal de forma progresiva, a la exploración se objetivó una gran eventración recidivada con pérdida de derecho a domicilio desde el xifoides hasta zona infraumbilical. En la tomografía computarizada se aprecia una eventración multirrecidivada de gran tamaño en línea media que incluye estómago, intestino delgado y grueso. Se decidió realizar una reparación quirúrgica de la misma, para ello se realizó una incisión suprainfraumbilical objetivando una eventración multisacular con defectos de 8 × 8, 2 × 1 y 2 × 2 cm con colon, epiplón e intestino delgado en su interior con el saco entre la aponeurosis y la antigua malla. Se resecó y extirpó el saco herniario, con reintroducción del contenido en cavidad abdominal y colocación de malla de ventralix preaponeurótica e incisiones de descarga en la aponeurosis del recto anterior. Posteriormente se colocó una malla de polipropileno supraaponeurótica fijada con agrafes. El primer día posoperatorio la paciente presentó disnea súbita con desaturación (Sat O₂ 77%), taquicardia regular de 120 lpm, TA 180/110. Tras colocación de reservorio y paso de actocortina y nitroglicerina intravenosa se estabilizó a la paciente. Se realizó ecocardiografía que objetivó hipokinesia septoapical y anterior con función sistólica moderadamente deprimida (FE 35-40%). El angioTC torácico descartó tromboembolismo pulmonar. La paciente pasó a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos para monitorización con diagnóstico de síndrome de TakoTsubo. Durante su estancia en dicha unidad la paciente permanece estable, se realizó una coronariografía que no objetivó lesiones. Posteriormente la paciente fue dada de alta con seguimiento por parte cardiología sin complicaciones posteriores.

Discusión: El STT se presenta como un infarto agudo de miocardio (IAM) caracterizado por una disfunción ventricular izquierda severa. Sin embargo en el STT los pacientes presentan una disfunción ventricular izquierda grave de instauración súbita y reversible que simula un infarto agudo de miocardio sin evidenciar lesiones coronarias obstructivas. Es más frecuente en mujeres de más de 50 años. La etiología y patogénesis del STT son inciertas. Se han identificado diferentes factores estresantes emocionales o psicológicos que influyen en el inicio de dicha patología que provocan un aumento de catecolaminas que producen vasoconstricción epicárdica y microvascular y/o espasmo que induce disfunción ventricular. También influye la deprivación estrogénica que

ocurre en las mujeres postmenopáusicas. Los estudios han demostrado mortalidad a corto y largo plazo en fase aguda de 4-5%, similar a lo que ocurre en pacientes con IAM con elevación del segmento ST. Se recomienda realización de seguimiento por cardiología al menos durante el primer año. Es importante valorar la posibilidad de dicho síndrome en pacientes con shock cardiogénico tras intervenciones quirúrgicas secundario a liberación masiva de catecolaminas endógenas.