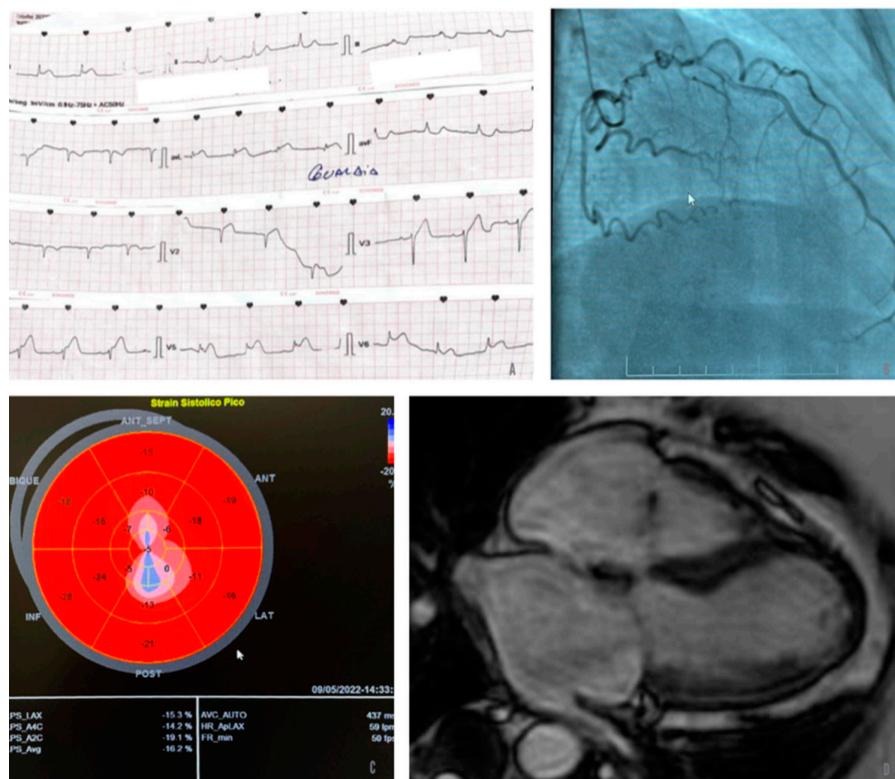


Multi-imagen en Tako-Tsubo

Mujer de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial, sobrepeso y con reciente mudanza. Ingresó a la guardia de nuestra institución con mala mecánica ventilatoria, hipotensa, mal perfundida y estuporosa. Electrocardiograma (Fig. 1A): sinusal, supra-desnivel del segmento ST en DI-AVL y de V2 a V6. Se interpretó como síndrome coronario agudo con supra-desnivel del segmento ST de cara anterior extenso, con *shock* cardiogénico. Se decidió intubación orotraqueal, asistencia ventilatoria mecánica y comienzo de tratamiento con drogas vasoactivas. Biomarcadores positivos, con curva de infarto típica. No se realizó tratamiento de reperfusión por la inestabilidad hemodinámica y por no contar con un centro de hemodinamia en nuestra ciudad. Ecocardiograma *bed side*: hipoquinesia antero-medio-apical y de todos los segmentos apicales. Fracción de eyección: 26%. Luego de 96 horas de apoyo hemodinámico, la paciente presentó buena evolución y se extubó. Cinecoronariografía (Fig. 1B): coronarias normales. *Strain* longitudinal global *bull eye* (Fig. 1C): alteración por deformación miocárdica de segmentos apicales. Cardio-resonancia (Fig. 1D): baloniamiento apical, sin realce de gadolinio. La paciente, 60 días luego del evento agudo, evolucionó con buena clase funcional y con fracción de eyección de 45% (etiología reversible). Se definió el caso como miocardiopatía por estrés Tako-Tsubo, integrando la clínica, biomarcadores y la multi-imagen.

Fig. 1



Carlos F. Manganiello¹, Elvio Di Berardino¹, Luciano Schneider¹, Sebastian Amicone², Mauricio Bonet³

¹Servicio de Clínica Médica, Hospital Dr. Miguel Capredoni, Bolívar, Buenos Aires,

²Diagnóstico Trenque Lauquen, Trenque Lauquen, Buenos Aires, ³Cardiovascular 9 de Julio, 9 de Julio, Buenos Aires, Argentina