

MIOCARDIOPATIA DE TAKOTSUBO EN UN PACIENT AMB INFECCIÓ INTRAABDOMINAL

X Jornada de Casos Clínics d'Infeccions als Serveis d'Urgències

Pérez-Xaus M, Pelegrina Manzano A, Guerrero-Ortiz MA, Pons-Fragero MJ, Pera-Román M, Sancho-Insenser JJ.

Unitat d'Urgències del Servei de Cirurgia General i de l'Àpares Digestiu, Hospital del Mar

Objectius

El càncer colon-rectal representa la neoplàsia més freqüent a Espanya. Algunes de les seves complicacions com la perforació cecal o l'oclusió intestinal poden requerir un maneig quirúrgic urgent. En aquest pòster s'explica el cas d'una pacient que presenta una complicació per neoplàsia de colon no diagnosticada, prenent també rellevància l'aparició insòlita de la síndrome de Takotsubo.

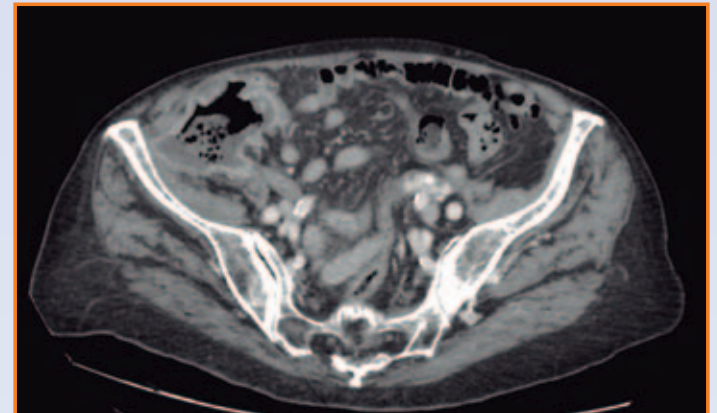
Cas Clínic

Dona de 90 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, dislipèmia, malaltia renal crònica, cardiopatia isquèmica amb debut al 2017 amb infart agut de miocardi Killip II associat a síndrome de Takotsubo i anèmia crònica.

- Malaltia actual: dolor a fossa ilíaca dreta d'un mes d'evolució.
- Exploració física: hemodinàmicament estable. Abdomen amb dolor a fossa ilíaca dreta, sense signes d'irritació peritoneal. Tacte rectal normal.
- Proves complementàries:
 - Radiografia de tòrax i abdomen: sense troballes significatives.
 - Analítica: creatinina 1,15 mg/dL; proteïna C reactiva 11,7 mg/dL; leucòcits 13640/uL (neutrofilia 83%); hemoglobina 7,6 g/dL.
 - Tomografia abdominal (TC): apèndix cecal engruixit de 9 mm amb pèrdua de definició, suggestiu d'apendicitis aguda evolucionada. Canvis inflamatoris pericecals, pèrdua de relleu mural al cec i engruiximent mural asimètric al colon ascendent (Imatge 1). Lesions renals bilaterals suggestives de processos neoforimatius primaris (Imatge 2).

S'orientà el cas com un plastró apendicular, s'inicià antibioticoteràpia endovenosa amb cefotaxima i metronidazol, i transfusió de dos concentrats d'hematies (hemoglobina postransfusional 9,5g/dL). Durant l'ingrés hospitalari, presentà inestabilitat hemodinàmica, empitjorament de la funció renal, acidosis metabòlica i augment dels reactants de fase aguda, pel que s'escalà l'antibioticoteràpia a meropenem i linezolid. Es realitzà TC abdominal visualitzant una col·lecció juxtacecal amb gas de 4x3 cm i una lesió ulcerada a la paret lateral cecal àmpliament necrotitzada amb parets filiformes (Imatge 3). Amb l'orientació diagnòstica de perforació cecal i sepsis abdominal secundària s'indicà cirurgia urgent i trasllat a UCI, iniciant suport vasoactiu. A l'ECG es visualitzà elevació de ST (V2-V5) amb troponines elevades i es realitzà un ecocardiograma objectivant una miocardiopatia de Takotsubo. La pacient fou traslladada a quiròfan en situació d'inestabilitat hemodinàmica. A la inducció anestèsica presentà dissociació electro-mecànica, pel que finalment s'anul·là la cirurgia, s'inicien mesures de confort, sent èxitus a les hores posteriors. La necròpsia evidencià un adenocarcinoma de cec i colon ascendent pobrement diferenciat, ulcerat i amb cèl·lules en anell de segell.

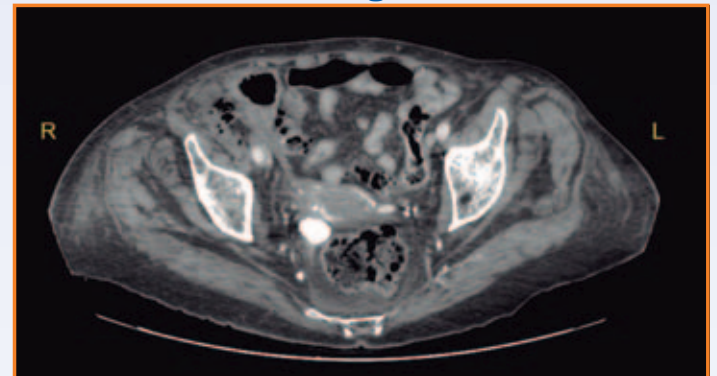
Imatge 1



Imatge 2



Imatge 3



Discussió

- Amb l'anamnesi, l'exploració i les proves complementàries el diagnòstic diferencial fou d'apendicitis aguda evolucionada amb formació de plastró apendicular o un procés neoformatiu.
- El maneig del plastró apendicular en un pacient estable, segons les guies clíniques, no és inicialment quirúrgic, es basa en un tractament conservador i control evolutiu¹.
- La pacient no presentava signes d'oclusió ni de perforació cecal en la TC inicial que indiquessin la necessitat de cirurgia urgent. L'empitjorament clínic, analític i hemodinàmic posteriors van conduir a la necessitat de tractament quirúrgic urgent.
- La miocardiopatia de Takotsubo es tracta d'una disfunció transitòria del ventricle esquerre amb discinèsia apical desencadenada per estrès emocional o fisiològic, de caire reversible²⁻³.
- L'estrès emocional que comportà la mala evolució clínica de la seva malaltia, l'estrès físic pel dolor abdominal i l'administració de catecolamines exògenes pel tractament del xoc sèptic podrien haver estat els desencadenants d'aquesta miocardiopatia⁴.

Bibliografia

1. Gorter RR, Eker HH, Gorter-Stam MA, Abis GS, Acharya A, Ankersmit M, Bonjer J. Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES consensus development conference 2015. *Surgical endoscopy*. 2016;30(11):4668-4690.
2. Komamura K, Fukui M, Iwasaku T, et al. Takotsubo cardiomyopathy: Pathophysiology, diagnosis and treatment. *World J Cardiol*. 2014;6(7):602-609.
3. Agarwal S, Sanghvi C, Odo N, Castresana MR. Perioperative Takotsubo cardiomyopathy: Implications for anesthesiologist. *Annals of cardiac anaesthesia*. 2019;22(3):309-315.
4. Mihalcea-Danciu M, Zupan M, Le Borgne P, Bilbault P. Acute Appendicitis as an Unexpected Cause of Inverted Takotsubo Cardiomyopathy. *Journal of emergencies, trauma, and shock*. 2018;11(2):143-145.