**P 28**

**SINDROME DE TAKOTSUBO ASOCIADO A HIPOGLICEMIA EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Daniela Zapata Vargas1, Regina Cecilia Vargas Reyes2, Mario Zapata Muñoz3

1Medicina. Universidad de Chile, 2Unidad de Diabetes. Servicio de Medicina. Hospital Padre Hurtado, 3 Unidad de Paciente Crítico. Hospital Padre Hurtado

**Contenido:**

La hipoglicemia severa gatilla una intensa respuesta simpático adrenal. Dicha respuesta puede generar repolarización cardíaca anormal, arritmias ventriculares y miocardiopatía por stress o síndrome de takotsubo (STT).

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 72 años con Hipertensión Arterial y Diabetes tipo 2 en tratamiento con insulina. Consulta en servicio de urgencia (SU) por hipoglicemia sintomática. Es manejada con glucosa oral sin ajuste de terapia antidiabética al alta.

Dos días después ingresa al SU por compromiso de conciencia y convulsiones, se objetiva glicemia capilar (GC) de 20 mg/dL y se administra glucosa IV al 30%. GC de control de 338 mg/dL sin recuperación de conciencia. Cursa con taquicardia, hipotensión y mala perfusión. Se administra volumen y anticonvulsivantes. Presenta paro cardiorrespiratorio con actividad eléctrica sin pulso, recuperado tras 3 ciclos de masaje cardíaco. Laboratorio: K 2,8 mEq/L, glicemia 447 mg/dL, creatinina 0,8 mg/dL, CKT/CKmb 127/33 mg/dL, troponina T 0,3 mcg/L. Hemograma normal. TAC cerebro sin lesiones. Punción lumbar normal. HbA1c 4,8 %.

Ingresa a UCI con drogas vasoactivas, mal perfundida. EKG con onda Q y elevación del ST V3-6. Ecocardioscopia (ECOC) muestra Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) severamente reducida, con acinesia y abombamiento de todos los segmentos medios y apicales. Se maneja con noradrenalina y milrinona con mejoría de parámetros de perfusión, y doble antiagregación, anticoagulación y estatinas.

Coronariografía descarta lesiones en arterias coronarias epicárdicas y la ventriculografía muestra un patrón compatible con STT.

Evoluciona favorablemente, recuperándose del compromiso de conciencia, sin déficit motor. En lo cardiológico logra retiro de soporte vasopresor e inotrópico a los tres días. ECOC a los seis días muestra mejoría de FEVI y persistencia de balonamiento apical, los que se normalizan a los once días.

**DISCUSIÓN:** El STT es un síndrome coronario agudo caracterizado por acinesia o hipocinesia de los segmentos apicales y medios del ventrículo izquierdo con preservación de los segmentos basales. Clínicamente se caracteriza por dolor torácico con cambios electrocardiográficos (elevación del segmento ST, prolongación del QT e inversión de onda T), leve elevación de marcadores de daño miocárdico y ausencia de lesiones obstructivas de vasos epicárdicos en la coronariografía. Es gatillado por estrés físico o emocional que genera un incremento de catecolaminas que ocasionaría un aturdimiento miocárdico. Es reversible, con buen pronóstico a largo plazo, pero alta morbilidad en su fase aguda: insuficiencia cardíaca aguda (la más frecuente), shock cardiogénico requirente de soporte inotrópico o mecánico y arritmias graves como fibrilación ventricular.

En este caso, postulamos que la hipoglicemia severa y adrenergia secundaria gatillaron el STT.

**Financiamiento:** Sin financiamiento