

Síndrome de Tako-Tsubo o cardiopatía por estrés

Sr. Director:

El síndrome de Tako-Tsubo, también conocido como *apical ballooning* o cardiopatía de estrés, consiste en un aturdimiento intenso reversible provocado por situaciones de estrés agudo y asociado a una liberación suprafisiológica de catecolaminas¹. Este síndrome es capaz de reproducir los mismos síntomas que un infarto agudo de miocardio, con elevación de los biomarcadores y las alteraciones electrocardiográficas isquémicas.

Presentamos el caso de una mujer de 56 años, abogada, con antecedentes de cólico nefrítico e histerectomía con doble anexectomía. Refiere una situación laboral muy estresante y no tiene antecedentes de riesgo cardiovascular. Acude a Urgencias por dolor torácico opresivo, irradiado a cuello, espalda y miembro superior izquierdo de más de 60 minutos de evolución. Refiere que durante los 10 días previos ha presentado, al menos, dos episodios similares de unos 10 minutos de duración. La exploración física es normal, no existiendo soplos en la auscultación cardíaca.

Entre las pruebas realizadas en urgencias el electrocardiograma muestra ascenso del ST en derivaciones inferolaterales (II, III, aVF y desde V4 a V6). En la analítica destaca CPK 60 UI/ml, CPK MB:22 UI/ml y troponina 9 UI/ml. La paciente es ingresada en servicio de cardiología realizándose coronariografía que no mostró obstrucción significativa del árbol coronario y ventriculografía que evidenció disquinesia apical y FEVI 45% que recuperó durante el ingreso (al alta FEVI 75%). La paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta con ácido acetil salicílico, atorvastatina, ramipril, uniket, lorazepam y omeprazol, recomendando evitar situaciones de estrés.

La paciente acude a revisión tres meses después, refiere encontrarse asintomática y no describe nuevos episodios de dolor torácico. El electrocardiograma muestra un ritmo sinusal, sin trastornos de la conducción ni alteraciones de la repolarización. Se realiza un ecocardiograma en el cual la contractilidad global y segmentaria son normales, así como la relajación (FEVI del 73.2%).

El síndrome de Tako-Tsubo se describió por vez primera en Japón en 1990¹. Su nombre hace alusión a un recipiente de cuello angosto y base globular ancha que los pescadores japoneses emplean para capturar pulpos. Su incidencia es desconocida, se estima que representa el 1-2% de todos los síndromes coronarios agudos. Se ha descrito en todas las razas y es más frecuente en mujeres (90%)^{1,2}, habitualmente postmenopáusicas, como en nuestro caso. En un elevado porcentaje hay una situación estresante que precede al cuadro clínico. La presentación más frecuente es dolor torácico (50-60%), caracterizado como una angina de reposo; en menor frecuencia puede haber síncope, disnea o parada cardíaca¹.

El síndrome de Tako-Tsubo se caracteriza por la existencia de una alteración de la contractilidad del casquete apical, con hipercontractilidad de los segmentos basales, de forma compensatoria. Para confirmar el diagnóstico es imprescindible que no haya ninguna lesión obstructiva mayor del 50% en un vaso epicárdico, así como ninguna otra lesión potencialmente responsable del cuadro (placas de ateroma o trombos de tamaño suficiente)³.

En cuanto al tratamiento, no existe una recomendación terapéutica específica y suele limitarse al tratamiento habitual de los síndromes coronarios agudos. Es importante tener en cuenta la anticoa-

gulación en el momento agudo en las formas no complicadas y durante el tiempo necesario en aquellos pacientes que tienen un trombo intracavitario o una FEVI igual o inferior al 35%, para prevenir fenómenos embólicos⁴. Por último, el pronóstico es benigno, al compararlo con los síndromes coronarios agudos, y las recurrencias son excepcionales (3%). No obstante, puede haber complicaciones graves, siendo la más frecuente la insuficiencia cardíaca aguda¹.

Bibliografía

1. Abe Y, Kondo M. Apical ballooning of the left ventricle: a distinct entity? *Heart*. 2003; 89:974-6.
2. Prasad A. Apical ballooning syndrome: an important differential diagnosis of acute myocardial infarction. *Circulation*. 2007; 115:e56-9.
3. Carrero MJ. Síndrome de discinesia apical transitoria (Tako-Tsubo) que simula un infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Med Nucl*. 2010; 10:1016-21.
4. Ando G, Saporito F, Trío O, Cerrito M, Oreto G, Arrigo F. Systemic embolism in takosubo syndrome. *Int J Cardiol*. 2009; 134:e42-3.

Gargantilla Madera P^{1,2},
Belda Bilbao L^{1,2},
González González J¹

¹*Servicio de Medicina Interna. Hospital de El Escorial, Madrid*
²*Universidad Francisco de Vitoria, Madrid*

pgargantillam@gmail.com