

## Síndrome de takotsubo en paciente con miocardiopatía hipertrófica septal no obstructiva familiar

### *Takotsubo syndrome in a patient with familial non-obstructive septal hypertrophic cardiomyopathy*

Dra. Nuria Curós Bernet<sup>1</sup>✉, Dra. Antia Fraga Fraga<sup>1</sup>, Dr.C. Daniel Moreno-Doutres<sup>2</sup>,  
Dra. Julia Moser Ganduxer<sup>3</sup>, Dra. Cristina Domènech Turà<sup>1</sup> y Dra. Lucia Batrace<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Sant Roc. Badalona, Barcelona, España.

<sup>2</sup> Research Consulting, DMTrainingPro. Barcelona, España

<sup>3</sup> Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Equip d'Atenció Primària 8L Prosperitat Verduna. Barcelona, España.

<sup>4</sup> Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud El Gorg. Badalona, Barcelona, España.

Recibido: 23 de julio de 2021

Aceptado: 13 de septiembre de 2021

Online: 30 de noviembre de 2021

Full English text is also available

**Palabras clave:** Miocardiopatía de takotsubo, Diagnóstico, Miocardiopatía hipertrófica familiar

**Key words:** Takotsubo cardiomyopathy, Diagnosis, Familial hypertrophic cardiomyopathy

#### Sr. Editor:

El síndrome de takotsubo —también llamado discinesia apical transitoria del ventrículo izquierdo o síndrome del corazón roto—, es una miocardiopatía aguda que con frecuencia puede ser confundida, inicialmente, con un síndrome coronario agudo de origen aterosclerótico (SCA). Se caracteriza por una disfunción sistólica ventricular izquierda aguda, transitoria y reversible, a menudo relacionada con un episodio estresante<sup>1</sup>.

Este síndrome afecta predominantemente a mujeres, en edad posmenopáusica, con pocos factores de riesgo (habitualmente hipertensión arterial) y con un desencadenante físico o psicológico<sup>1-3</sup>.

En este artículo se presenta el caso de una mujer de 83 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular paroxística, con tratamiento anticoagulante desde 2019, y miocardiopatía hipertrófica no obstructiva familiar asintomática, diagnosticada mediante resonancia magnética nuclear (RMN) en 2015, a raíz del mismo diagnóstico

en dos hijos. Acudió a Urgencias por dolor torácico no irradiado, sin manifestaciones neurovegetativas, de 30 minutos de evolución, asociado a disnea progresiva en la última semana; razón por la que ingresó en la Unidad Coronaria.

La exploración física reveló signos de insuficiencia cardíaca izquierda, sin soplos ni ruidos sobreañadidos. La radiografía de tórax mostró signos compatibles con edema agudo de pulmón. El electrocardiograma (**Figura**, panel superior), bradicardia sinusal, isquemia subepicárdica anterior e inferior, con ondas T negativas profundas y anchas, y QT largo. Los marcadores de daño miocárdico (troponina I) fueron positivos y la ecocardiografía evidenció la presencia de un ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia septal grave (18 mm) y una fracción de eyección (FEVI) de 45% con acinesia apical; mientras que la FEVI medida por RMN fue de 41%, con hipertrofia septal asimétrica, signos de edema/inflamación miocárdica en segmentos apicales y medios, fibrosis intramiocárdica parcheada en zonas de máxima hipertrofia. Finalmente, la coronariografía demostró la ausencia de lesiones significativas, por lo que se concluyó que se trataba de un probable síndrome de takotsubo en una paciente con miocardiopatía hipertrófica septal.

La evolución electrocardiográfica demostró aplastamiento de las ondas T a las 48 horas, con persis-

✉ N Curós Bernet

ABS Badalona 5 (Sant Roc). Calle Vélez Rubio s/n 08918

Badalona. Barcelona, España.

Correo electrónico: nuria-curos@hotmail.com

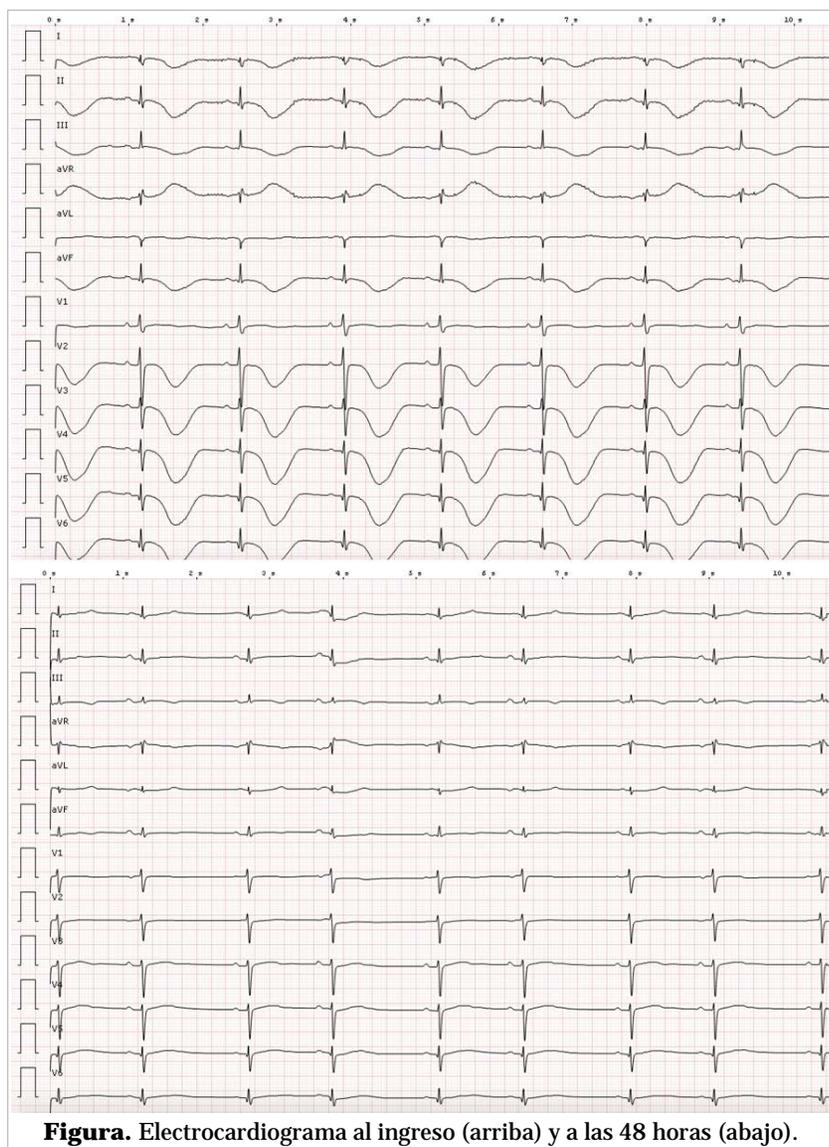


Figura. Electrocardiograma al ingreso (arriba) y a las 48 horas (abajo).

tencia del QT prolongado y la bradicardia sinusal (Figura, panel inferior). El ecocardiograma de control a los siete días, previo al alta hospitalaria, mostró la hipertrofia septal asimétrica conocida con acinesia localizada al ápex y FEVI de 76%; mientras que, dos semanas después, la imagen cardíaca confirmó la recuperación completa de las alteraciones segmentarias.

El síndrome de takotsubo tiene una prevalencia estimada de 1-2% de todos los SCA<sup>1-3</sup> y su fisiopatología no está bien definida, aunque existen varias hipótesis que involucran al sistema nervioso autónomo o a un episodio de cardiotoxicidad por exceso de producción de catecolaminas.

Puede clasificarse de acuerdo a sus variantes ana-

tómicas o clínicas:

- Anatómicas. La afectación miocárdica no guarda relación directa con la distribución coronaria en diferentes patrones: apical o clásico (70-80% casos), medio-ventricular, basal o invertido, e inusual.
- Clínicas. Las formas primarias son las más frecuentes, pero pueden existir formas secundarias a enfermedades como el asma bronquial o el hipertiroidismo, y a estrategias terapéuticas como la cirugía o el uso de algunos fármacos<sup>1-3</sup>.

Los pacientes con síndrome de takotsubo se presentan con dolor torácico (en ocasiones con insuficiencia cardíaca), muestran alteraciones electrocardiográficas parecidas al SCA y alteración de los marcadores de daño miocárdico. El ecocardiograma muestra disfunción del ventrículo izquierdo con acinesia, hipocinesia o discinesia transitorias, en general de los segmentos medio-apicales, e hipercontractilidad de los segmentos basales. El cateeterismo muestra unas arterias coronarias normales o sin lesiones significativas<sup>1-4</sup>.

No existe consenso respecto a los criterios diagnósticos utilizados, aunque los propuestos por la Clínica Mayo son los más empleados. El presente caso se define muy bien desde esta perspectiva. Sus criterios modificados son<sup>1,3,5</sup>:

1. Alteraciones transitorias de la contractilidad del ventrículo izquierdo (discinesia, acinesia o hipocinesia), con afectación apical o sin ella; que se extiende más allá del territorio de una arteria coronaria determinada. Con frecuencia hay un desencadenante estresante.
2. Ausencia de enfermedad coronaria obstructiva o evidencia angiográfica de rotura aguda de placa.
3. Nuevas alteraciones electrocardiográficas (elevación del ST, inversión de la onda T) o elevación modesta de la troponina.
4. Ausencia de feocromocitoma o miocarditis (se recomienda RMN).

En 2017 se creó el registro internacional Inter-

TAK, de donde surgió su puntuación *InterTAK Diagnostic Score*<sup>5</sup> (**Tabla**), con una alta sensibilidad para el diagnóstico del síndrome de takotsubo, que permite distinguirlo del SCA con una alta especificidad. Sin embargo, se exige descartar la presencia de enfermedad coronaria mediante coronariografía<sup>1</sup>.

**Tabla.** Criterios diagnósticos para el síndrome de takotsubo, según *InterTAK Diagnostic Score*<sup>1,5</sup>.

Criterio	Puntuación
Sexo femenino	25
Desencadenante emocional	24
Desencadenante físico	13
No infradesnivel del ST (excepto en aVR)	12
Enfermedad psiquiátrica	11
Enfermedad neurológica	9
Prolongación del QTc	6

**Diagnóstico (rango 0-100)**

≥ 50: Síndrome de takotsubo (95% de especificidad)  
 ≤ 31: Síndrome coronario agudo (95% de especificidad)

La fase inicial del tratamiento debe ser igual que en un SCA, con estratificación del paciente en función del riesgo de presentar complicaciones, hasta la realización de una coronariografía. No existen recomendaciones específicas para el tratamiento de los pacientes con síndrome de takotsubo, una hipótesis es que los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina podrían tener un papel al evitar el remodelado cardíaco, y los betabloqueantes podrían prevenir o atenuar la gravedad clínica de una recurrencia al oponerse a las acciones de las catecolaminas<sup>1,3</sup>.

El interés del caso que se presenta radica en que, aunque la miocardiopatía hipertrófica septal es una enfermedad bastante común, en la literatura revisada no encontramos artículos que la relacionaran con el síndrome de takotsubo.

**CONFLICTO DE INTERESES**

No se declara ninguno.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Aparisi Á, Uribarri A. Takotsubo syndrome. *Med Clin (Barc)*. 2020;155(8):347-55. [DOI]
2. Pérez Pérez FM, Sánchez Salado J. Síndrome de Tako-Tsubo. *Discinesia transitoria del ventrículo izquierdo*. *Semergen*. 2014;40(2):73-9. [DOI]
3. Yáñez Carrasco SC, Ruiz Solís AE, Sánchez Fernández JP, Endara Salguero PE. Síndrome de Takotsubo: Fisiopatología, manifestaciones clínicas y diagnóstico. *J Am Health [Internet]*. 2021 [citado 20 Jul 2021];4(1):1-9. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/57/127>
4. Sabaté Cintas V, Pablos Herrero E. Síndrome de Tako-Tsubo, la cardiopatía fantasma. *AMF [Internet]*. 2011 [citado 20 Jul 2021];7(4):837. Disponible en: [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=837](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=837)
5. Ghadri JR, Cammann VL, Jurisic S, Seifert B, Napp LC, Diekmann J, et al. A novel clinical score (InterTAK Diagnostic Score) to differentiate takotsubo syndrome from acute coronary syndrome: Results from the International Takotsubo Registry. *Eur J Heart Fail*. 2017;19(8):1036-42. [DOI]