

Síndrome de *tako-tsubo*. Una presentación atípica

Sra. Editora:

El síndrome *tako-tsubo* (STT) es una entidad emergente que, desde su descripción, no deja de sorprendernos con nuevas presentaciones.

Mujer de 58 años, dislipémica, que acudió a nuestro hospital por angina y vegetatismo iniciados tras una discusión. No presentaba semiología cardiológica, salvo ECG con T-s negativas

en cara lateral y troponina T de 0,06 en la analítica (máximo, 0,23). La ecocardiografía urgente muestra acinesia apical con fracción de eyección conservada (fig. 1). A las 2 h se realizó coronariografía urgente, con la que se objetivó una lesión leve en coronaria derecha y un sistema coronario izquierdo sin lesiones. La ventriculografía muestra acinesia medioventricular del ventrículo izquierdo, con contractilidad apical conservada. Con estos hallazgos se le diagnosticó STT. La paciente evolucionó favorablemente con tratamiento ansiolítico, bloqueadores beta, enoxaparina y ácido acetilsalicílico. El ecocardiograma a los 5 días evidenció la resolución de todas las alteraciones. A los 9 meses del alta, en tratamiento con ácido acetilsalicílico, la paciente permanece asintomática y libre de recidivas.

El STT se describió en Japón en 1990. La presentación es la de un SCA con coronarias sin estenosis que lo justifiquen y una ventriculografía izquierda con la imagen característica que motivó su nombre. Desde entonces se han documentado cada vez más casos que escapan a la descripción inicial (variantes con acinesia medioventricular y más recientemente otras con acinesia basal denominadas

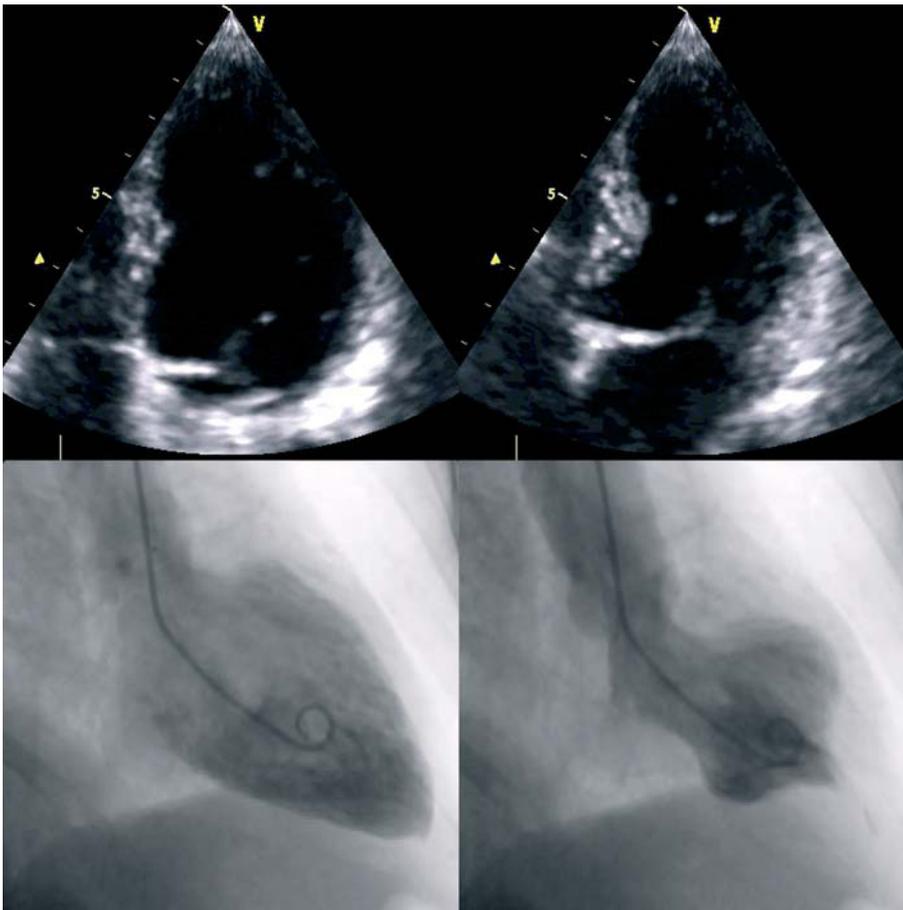


Fig. 1. Imágenes telediastólicas y telesistólicas que muestran acinesia apical en la ventriculografía.

tako-tsubo inverso). Nuestro caso se presenta con un cambio en el patrón de acinesia en apenas 2 h. Hay muy pocos casos en la literatura con características similares. En agosto de 2008 se publicó el caso de una mujer de 63 años con un cuadro de DAT 11 años después de una DMVT. El único caso constatado de recurrencia con un patrón diferente del mismo síndrome¹. En marzo de 2008 se presentó el caso de una mujer de 83 años que, durante un ingreso con importante estrés físico, sufrió una DMVT que, en 3 días, evolucionó a DAT². Recientemente, Núñez Gil et al³, en una serie de casos de DMVT, han señalado que la alteración exclusiva de los segmentos medios podría reflejar la evolución temporal de una DAT en resolución o tratarse de una variante abortiva y atenuada. Al mismo tiempo, Prasad A et al⁴ coinciden en que la afección exclusivamente medioventricular podría deberse a la rápida recuperación del ápex de la variante clásica. No obstante, aún no existen teorías concluyentes al respecto y las presentaciones invertidas (que aparecen con acinesia basal e hipercinesia apical), descritas más recientemente⁵, escapan a esta teoría y dejan una puerta abierta a otras explicaciones. Durante los últimos años se ha intentado constatar diferencias epidemiológicas entre las diferentes formas de presentación. Como único hallazgo, parece que las formas apicales tienden a producirse a edades más avanzadas y las basales, en mujeres más jóvenes^{1,6}.

El nuestro es un caso atípico de STT en el que destaca el desarrollo de la forma apical y la mesoventricular en apenas 2 h. Sólo hay un caso publicado con características similares, aunque con presentación inversa y en un plazo mayor. La rápida evolución de las alteraciones de la contractilidad indican distintas formas evolutivas del mismo síndrome. La ausencia de explicaciones probadas en cuanto a etiología y fisiopatología no permite, en la actualidad, dar una explicación definitiva al respecto. Sin embargo, estos cambios evolutivos son hallazgos casuales en pacientes ya asintomáticos, y probablemente serían más frecuentes si se realizasen estudios de imagen seriados.

El conocimiento futuro de las causas y los mecanismos del STT y sus diferentes formas de presentación quizá permita elaborar unos criterios diagnósticos que enmarquen definitivamente los límites de este cuadro. Mientras tanto, seguiremos modificando unos criterios básicamente descriptivos en una dirección cada vez más flexible con el fin de dar cabida a una entidad que aún hoy sigue sorprendiéndonos con diferentes formas de presentación.

Zigor Madaria Marijuan, Abel Andrés, Julia Blanco
y Lara Ruiz

Servicio de Cardiología. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mansencal N, El Mahmoud R, Pillière R, Dubourg O. Relationship between pattern of tako-tsubo cardiomyopathy and age: From mid-ventricular to apical ballooning syndrome. *Int J Cardiol.* 2008. doi:10.1016/j.ijcard.2008.06.009.
2. Yoshida T, Nishizawa T, Yajima K, Tsuruoka M, Fujimaki T, Ogura M, et al. A rare case of tako-tsubo cardiomyopathy with variable forms of left ventricular dysfunction: A new entity. *Int J Cardiol.* 2009;134:e73-5.
3. Núñez Gil IJ, García-Rubira JC, Luaces Méndez M, Fernández-Ortiz A, Vivas Balcones D, González Ferrer JJ, et al. Discinesia medioventricular izquierda transitoria: aspectos clínicos de una nueva variante. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:322-6.
4. Prasad A, Lerman A, Rihal CS. Apical ballooning syndrome (tako-tsubo or stress cardiomyopathy): a mimic of acute MI. *Am Heart J.* 2008;155:408-17.
5. Reuss CS, Lester SJ, Hurst RT, Askew JW, Nager P, Lusk J, et al. Isolated left ventricular basal ballooning cardiomyopathy in young women. *Am J Cardiol.* 2007;99:1451-3.
6. Andión M, Molina B, Usano AI, Crespo D. Discinesia medioventricular transitoria: síndrome de *tako-tsubo*. La saga continua. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:1220-6.