

Síndrome de takotsubo: ¿una patología en alza?

Takotsubo syndrome: a pathology on the rise?

Fronteras en Medicina 2018;13(3):131-132. Doi: 10.31954/RFEM/201803/0131-0132

Hace ya más de 28 años que Sato y colaboradores introdujeron la patología de *takotsubo* al mundo de la cardiología¹. Desde entonces, se han publicado múltiples artículos intentando desentrañar la fisiopatogenia, incidencia, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de esta entidad²⁻⁴. Las primeras publicaciones al respecto analizan a una escasa cantidad de pacientes, lo cual en el inicio dificulta la generalización de las características. No obstante, la sumatoria de estos pequeños estudios llevó a acumular una serie de afirmaciones contundentes sobre el tema. Cabe destacar que fueron estos estudios los que abrieron las puertas a una nueva patología en pleno siglo XXI.

En mi experiencia, logramos registrar 32 pacientes entre 2002 y 2012. Esto significa menos de 4 pacientes/año en un trabajo que fue multicéntrico⁵. Si bien la cantidad parecería menor, teniendo en cuenta que se incorporaron pacientes durante casi 10 años, al analizar la estadística en profundidad, se observó un incremento progresivo en el número de casos, lo que posiblemente refleja la curva de aprendizaje de los médicos actuantes en las distintas unidades coronarias de cada institución.

Finn et al. comunicaron en 2005 “Presentación de 4 casos y revisión de la literatura”, los primeros pacientes comunicados en Argentina con esta patología⁶. Desde entonces, continuaron incluyendo pacientes y renovando la presentación, por ejemplo, con el artículo “Miocardiopatía por estrés: análisis de 17 casos”, que permitió realizar una estadística más meritoria sobre el tema⁷. A grandes rasgos, podemos decir que las conclusiones mantienen similitud con la mayoría de los resultados obtenidos en otros estudios, pero también se aportan algunas diferencias que permiten el análisis^{8,9}.

Entonces, ¿qué es lo que sabemos hasta ahora? Podemos asegurar que la patología aparece con mayor frecuencia en mujeres añosas y que generalmente es gatillada por episodios de estrés que pueden ser tanto emocionales como físicos —en la mayoría de las series publicadas, el desconocimiento de una causa gatillo fue poco frecuente y en este estudio en particular no se reportaron casos—. Pero ¿qué sucede con la clínica y los cambios electrocardiográficos? La forma de presentación más frecuente sigue siendo el dolor precordial y el supradesnivel del segmento ST en el electrocardiograma (ECG); es lo que se observa en la mayoría de las publicaciones⁵⁻⁹. Sin embargo, existen variantes que se presentan con distintos síntomas y cambios eléctricos, motivo por el cual la sospecha diagnóstica es fundamental. En la publicación presentada por Young et al. observamos que la presencia de inversión de la onda T fue el cambio electrocardiográfico más frecuente y que el supradesnivel del segmento ST se ubicó en segundo lugar. Esto podría corresponder, por un lado, a que cada estudio posee un método de recolección de datos distintos y, por otro, a que la enfermedad tiene una evolución propia. Varios estudios han demostrado que quienes han sido diagnosticados a partir de un ECG con supradesnivel del segmento ST inevitablemente evolucionaron con la inversión de la onda T; por ende, lo que probablemente sea distinto en este estudio es el momento del diagnóstico^{5,8,9}.

Entonces, ¿qué debería tenerse en cuenta con respecto al momento diagnóstico? En principio, la demora en realizar la consulta por parte del paciente o si este se encontraba internado en la institución por otra causa. No es lo mismo el ECG realizado a los 10 minutos de dolor que tras 5 horas, ya que la enfermedad evoluciona y el trazado lo hace con ella. Otro factor a tener en cuenta es que existen presentaciones atípicas respecto a la sintomatología —cuadros inespecíficos de náuseas o mialgias—, que pueden demorar la realización del ECG, pacientes con episodios arritmicos —donde no se observará el segmento ST hasta ser revertidos— e incluso sujetos asintomáticos —que se encuentran internados por otra causa y cursan con el hallazgo de cambios electrocardiográficos—⁵.

Es cierto que ya hablamos sobre la edad y el sexo, y sabemos la fuerte relación que existe entre ellos y la enfermedad, pero ¿qué sucede con otros factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, hipertensión y diabetes? La mayoría de los pacientes son de edad mayor y poseen al menos un factor de riesgo, pero ninguno de ellos se relaciona de manera directa con la enfermedad. Los distintos trabajos han mostrado porcentajes muy variables, lo que los hace inútiles a la hora del diagnóstico^{5,8,9}.

¿Qué sucede con los estudios diagnósticos? Está claro que el ECG, los biomarcadores, la cinecoronariografía (CCG) y el ecocardiograma Doppler (ED) son fundamentales y necesarios para el diagnóstico según los criterios de la Clínica Mayo, no obstante, ¿qué hay de la resonancia magnética cardíaca? Un estudio en 2016 determinó su utilidad para afianzar el diagnóstico, descartando otras cardiomiopatías y aportando información específica sobre las alteraciones en la motilidad y deterioro de la función sistólica —tanto izquierda como derecha—¹⁰. En el caso del trabajo realizado por Young et al., el realizar la resonancia magnética nuclear (RMN) no cambió diagnóstico ni tratamiento, lo cual podría deberse a que, de los 17 pacientes analizados, solo a 4 se les realizó dicho estudio, siendo este un número bajo para obtener resultados de valor estadístico extrapolables a publicaciones de mayor envergadura.

Por último, ¿qué sucede con la evolución? Tanto en otras series de pacientes como en la analizada por este trabajo, parecería ser que el síndrome de *takotsubo* es una entidad benigna. Algunas presentaciones han sido muy floridas, incluyendo cuadros de *shock*, pero, con el tratamiento correspondiente de sostén, la evolución ha sido favorable. Las muertes que se han visto, en general, han sido asociadas a cuadros primarios como sepsis o cáncer⁵.

Para concluir, creo que no hay dudas respecto a que el síndrome de *takotsubo* es una patología en aumento, no solo porque se está generando una curva de aprendizaje, sino también debido a que el estrés y la calidad de vida son desencadenantes ideales de aquel. Las características de los pacientes y los gatillos parecen estar claros a esta altura, pero aún se tienen amplias dudas sobre la fisiopatogenia de la enfermedad y se barajan múltiples posibilidades al respecto⁵. Por el momento, la CCG sigue siendo necesaria en la ecuación diagnóstica y probablemente lo será siempre a pesar de los avances en la ED y la RMN cardíaca. Y es que el síndrome coronario agudo seguirá siendo el diagnóstico inicial ante un paciente con angor y alteración del segmento ST, aun ante la sospecha de *takotsubo* porque, honestamente, ¿quién tendría el valor de no realizar la CCG en un paciente con estas características?

Laura Natalia Fortuna

Servicio de Cardiología, Sanatorio Allende, Córdoba, Rep. Argentina

Email: laufortuna@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Sato H, Tateishi H, Uchida T. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In: Kodama K, Haze K, Hon M, eds. Clinical Aspect of Myocardial Injury: From Ischemia to Heart Failure. Tokyo, Japan: Kagakuhyouronsha; 1990:56-64.
2. Kam KW, Qi JS, Chen M, Wong TM. Estrogen reduces cardiac injury and expression of β_1 -adrenoceptor upon ischemic insult in the rat heart. *J Pharmacol Exp Ther* 2004;309:8-15.
3. Wittstein IS, Thiemann DR, Lima JA, et al. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *N Engl J Med* 2005;352:539-48.
4. Hamity L, Remello F, Marani L, Moyano A, Moreyra E, Alday LE. Stress cardiomyopathy: Clinical features and outcomes. *Health* 2010;2:300-5.
5. Fortuna L, Moreyra E, Hamity L, et al. Síndrome de Takotsubo: experiencia en tres instituciones de la ciudad de Córdoba. *Medicina (B Aires)* 2015;74:42-8.
6. Finn B, Young P, Bruetman J. Takotsubo, discinesia apical transitoria. Presentación de 4 casos y revisión de la literatura. *Medicina (B. Aires)* 2005;65:415-8.
7. Young P, Posada Guzmán AD, Pellegrini DM, et al. Miocardiopatía por estrés: análisis de 17 casos. *Revista Fronteras* 2018; publicado en este número.
8. Roshanzamir S, Showkathali R. Takotsubo cardiomyopathy: a short review. *Curr Cardiol Rev* 2013;9:191-6.
9. Sharkey SW, Maron BJ. Epidemiology and clinical profile of takotsubo cardiomyopathy. *Circ J* 2014;78:2119-28.
10. Plácido R, Cunha Lopes B, Almeida AG, Rochitte CE. The role of cardiovascular magnetic resonance in takotsubo syndrome. *J Cardiovasc Magn Reson* 2016;18:68.