

Síndrome de Takotsubo e ictus: una interrelación en estudio

Teresa Rama Martínez ¹, Sheila C. Mendes Jastes ¹, Rosa M Alcolea García ², Víctor López-Marina ³, Idaira Damas Pérez ¹, Gregorio Pizarro Romero ⁴.

¹ CAP El Masnou, ² CAP Besòs, ³ CAP Piera, ⁴ CAP Llefà. Badalona. Barcelona.



Introducción:

El **Síndrome de Takotsubo (STT)** o miocardiopatía aguda transitoria o síndrome del corazón roto, es una entidad de etiopatogenia incierta y probablemente infradiagnosticada que se relaciona como causa o consecuencia de ictus.

Descripción sucinta del caso:

Varón de 68 años, exfumador, consumidor de 4 cervezas/día, con antecedentes de ulcus duodenal, ansiedad. STT 5 días antes. Tratamiento: Ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg/día, bisoprolol 2,5mg/día, ramipril 2,5mg/día, omeprazol 20mg/día. **Motivo de consulta:** Acude al Centro de Salud por presentar una hora antes, al levantarse por la mañana, caída al suelo sin pérdida de conciencia y afasia.

Exploración: Afasia, paresia facial derecha leve. ECG: T negativas en v2-v3. Se activa Código ICTUS.

En Hospital: TC craneal y angioTC sin alteraciones. Mejora progresiva tras fibrinólisis. TC de control evidencia lesión capsulotalámica (figura 1). Ecocardiograma: Ventrículo izquierdo (VI) algo hipertrófico, alteración diastólica tipo I. **Diagnóstico:** Ictus isquémico de territorio de arteria cerebral media izquierda de etiología cardioembólica. **Tratamiento:** Se sustituye el AAS por acenocumarol.

Estrategia práctica de actuación:

El **STT** es una cardiopatía descrita en Japón en 1990 caracterizada por acinesia o discinesia transitoria del ápex del VI, ausencia de lesiones coronarias y a menudo estrés físico o psíquico previo.

Incidenia: Hasta el 2,5% de los síndromes coronarios agudos. Afecta más a mujeres de 60 a 75 años. **Fisiopatología:** Hipótesis: Alteración autonómica, liberación masiva de catecolaminas, espasmo arterial, etc. **Exploraciones complementarias:** En ECG: ST elevado o inversión de onda T; biomarcadores cardiológicos normales o algo elevados. La coronariografía con ventriculografía muestra hipocinesia, acinesia o discinesia de los segmentos apicales del VI con hipercontractilidad de los basales ("ventrículo en bote"), (figura 2). Diversos estudios señalan el STT como causa o consecuencia de ictus. Por ello, mientras se estudia la interrelación entre procesos isquémicos cerebrales y cardiacos, se recomienda vigilar a los pacientes con una u otra entidad.

Palabras clave: Tako-tsubo syndrome, stroke, cardioembolic.

Bibliografía:

- Madias JE: Strokes or seizures, and Takotsubo syndrome: a possibly underdiagnosed association. Eur Neurol 2016;75:65.
- Bersano A, Melchiorre P, Moschwitis G, et al. Tako-tsubo syndrome as a consequence and cause of stroke. Funct Neurol 2014;29:135-7.
- Mayor Gómez,S, Erro ME, Olaz-Preciado F, Ciriza-Esandi M, Gallego-Culleré J. Ictus y síndrome de takotsubo: una relación recíproca. Rev Neurol 2012;55(8):475:8.

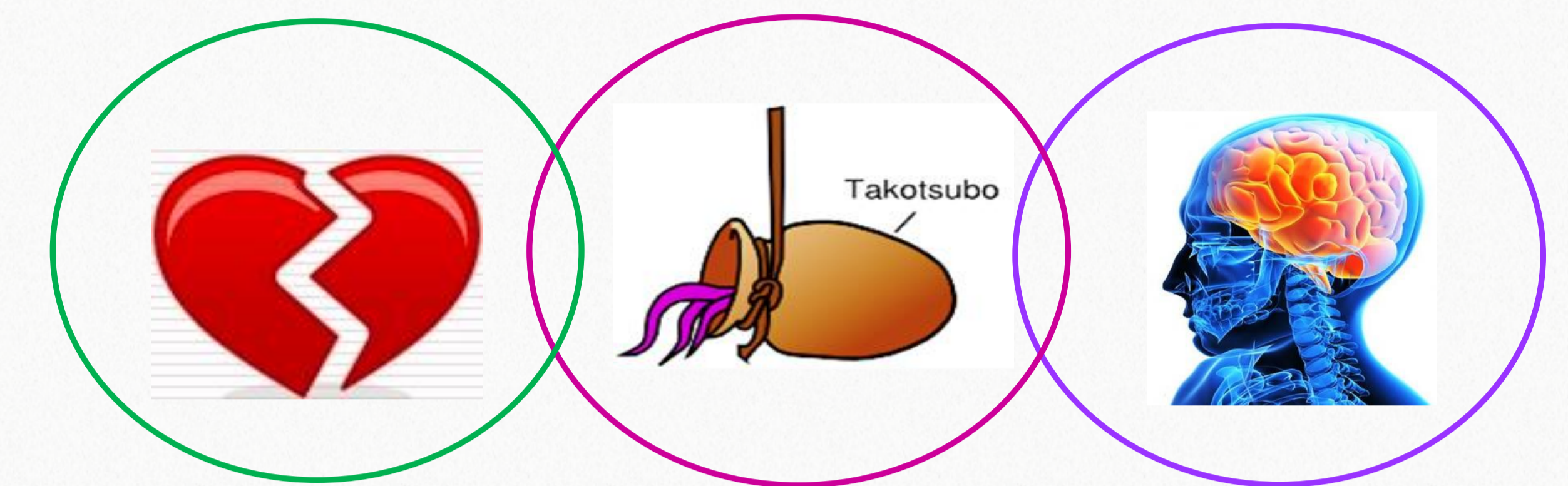


Figura 1

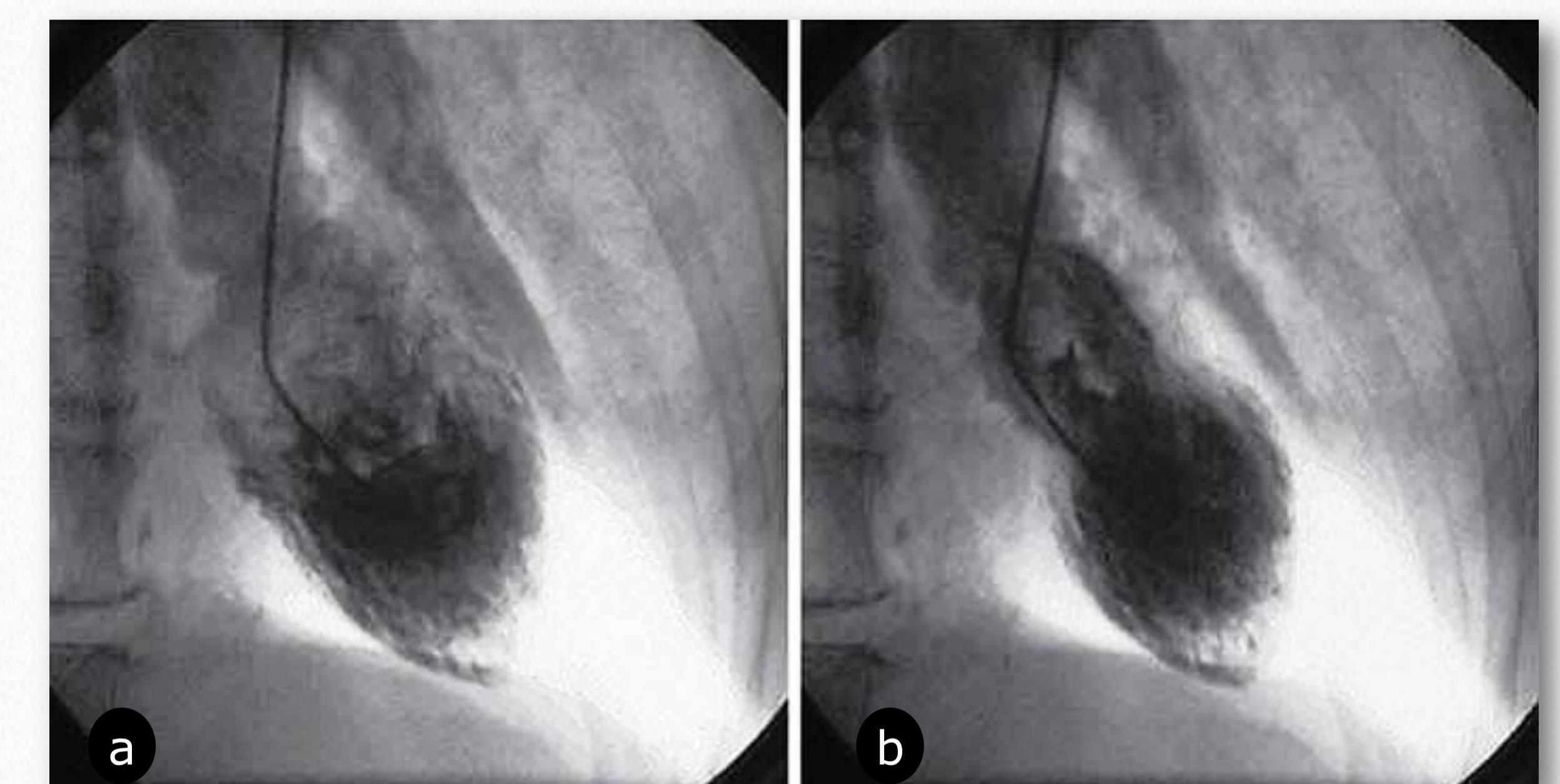


Figura 2. Coronariografía en diástole (a) y en sístole (b).

