

Miocardopatía de Takotsubo en tiempos de COVID-19

Takotsubo cardiomyopathy in times of COVID-19

Carlos Enrique Salgado-Fuentes ¹ , Amanda Quintero-Morgado ¹ 

1 Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Filial de Ciencias Médicas de Baracoa. Hospital General Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Guantánamo, Cuba.

Recibido: 12/02/2021

Aceptado: 25/08/2021

Publicado: 8/10/2021

Citar como: Salgado-Fuentes CE, Quintero-Morgado A. Miocardopatía de Takotsubo en tiempos de COVID-19. UNIMED [Internet]. 2021. [citado fecha de acceso]; 3(3). Disponible en: ...

ESTIMADO EDITOR:

Desde inicios del siglo XXI la humanidad ha enfrentado disímiles problemáticas de salud, de las que Cuba no ha estado exento, las mismas van desde un incremento de la resistencia microbiana, hasta la aparición de nuevas enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, como la de la COVID-19. Condiciones que han provocado un incremento considerable de la incidencia del estrés en la población cubana como lo afirma Arias Molina ¹; en un estudio que muestra la presencia en la población cubana de un 25,38 % de personas con excesivo estrés.

En 1990 el doctor japonés Hikaru Sato realizó la primera descripción del Síndrome de Takotsubo, reportando una disfunción ventricular izquierda, que adquiriría una silueta similar a una antigua vasija japonesa usada para pescar pulpos (tako=pulpo, tsubo=vasija). Se define como una miocardopatía con dilatación apical inducida del ventrículo izquierdo en sístole, la cual predomina en el sexo femenino, principalmente pacientes de edad avanzada las cuales fueron sometidas a periodos intensos de estrés agudo, tanto físico como emocional ^{2,3}.

Aún es desconocida la fisiopatología precisa de la enfermedad, sin embargo, se han propuesto diversos mecanismos que expliquen la presentación de la miocardopatía de Takotsubo. La hipótesis más destacada es la liberación excesiva de catecolaminas que ocasiona una disfunción microvascular regional en pacientes susceptibles, con sobrecarga de calcio intracelular. A pesar que la estimulación simpática es primordial en la enfermedad, el mecanismo exacto por el cual el exceso de catecolaminas precipita el aturdimiento miocárdico en los diferentes patrones de abombamiento es desconocido ².

Como ya conocemos en el curso de la COVID-19 se produce una respuesta inflamatoria sistémica que acompañada de la tormenta de citoquinas va a provocar una hipersecreción de las glándulas suprarrenales elevando así los niveles de cortisol y catecolaminas. Esto puede crear las condiciones idóneas para el desarrollo de este síndrome en pacientes graves con COVID-19.

Ahmad ⁴ demuestra en su estudio un incremento de la incidencia de MCT en un 7,8 % durante la pandemia en comparación con la incidencia prepandémica que era de 1,5 % a 1,8 %.

Singh y colaboradores ⁵ reportan que de un total de 12 casos de MCT diagnosticados previamente con COVID-19 el 58,3 % reportó dolor precordial mientras que el 100 % reportó falta de aire y el 66 % presentó fiebre. Este estudio demuestra el desafío diagnóstico y terapéutico que constituye esta enfermedad en el contexto de la COVID-19 teniendo en cuenta qué sus manifestaciones clínicas descritas durante años eran prácticamente indistinguibles clínicamente de un síndrome coronario agudo y su síntoma predominante era el dolor precordial.

Una manifestación electrocardiográfica importante de este síndrome, es un intervalo QTc prolongado; las ondas T invertidas en precordiales, lo cual se produce por un gradiente eléctrico secundario al edema miocárdico. Además se plantea que la alteración de la repolarización ventricular es el resultado de una sobrestimulación simpática, como parte de un síndrome neurocardíaco. Un signo electrocardiográfico que se observa generalmente en el patrón apical durante las primeras 24 horas es la elevación del segmento ST y el infradesnivel del ST se manifiesta en el patrón medioventricular; también, posterior al primer día de evolución, se observa con mayor frecuencia una difusa inversión de las ondas T, que simula un patrón Wellens ³.

Actualmente no existe una guía sobre el manejo de MCT dado la ausencia de estudios clínicos prospectivos en esta población. Por lo tanto, las estrategias terapéuticas son basadas en experiencia clínica y opinión de expertos. Suelen emplearse múltiples medidas de soporte: farmacológicas (betabloqueadores; diuréticos y anticoagulantes) y no farmacológicas (ventilación mecánica). En su fase aguda se recomienda la administración de Esmolol por ser un bloqueador cardiosselectivo β -1 ⁶. Su vinculación actual con la COVID-19 dificulta su diagnóstico temprano provocando así el retraso en la aplicación de tratamiento y aumentando la incidencia de complicaciones.

En Cuba no se han publicado casos de MCT en pacientes positivos a la COVID-19 sin embargo el incremento en las tasas de incidencia del virus constituye una alarma para el personal sanitario. Esta entidad, aunque infrecuente merece ser estudiada en profundidad con el objetivo de llenar tantos vacíos existentes en el conocimiento de su fisiopatología y manejo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

DECLARACIÓN DE AUTORÍA:

Los autores redactaron, revisaron y aprobaron el manuscrito y su versión final.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias Molina Y, Herrero Solano Y, Cabrera Hernández Y, Chibás Guyat D, García Mederos Y. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado 2 febrero 2021]; 19(Supl.):e3350. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3350/2535>
2. Campos Quesada M, Molina Castaño D, Núñez Guerrero A. Actualización de cardiomiopatía de Takotsubo. Rev Méd Sinergia [Internet]. 2020 [citado 2021 Feb 2]; 5(4): 3–8. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/441/804>
3. Espinoza-Alva D, Pampa-Quenta DO, Rodríguez-Olivares RR, Gabino-González G. Características clínicas y complicaciones del síndrome de Takotsubo en un centro de referencia de la seguridad social peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2019 [citado 2021 Feb 4] ; 36(2): 255-9. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4622>
4. Jabri A, Kalra A, Kumar A, Alameh A, Adroja S, Bashir H, et al. Incidence of Stress Cardiomyopathy During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. JAMA Network Open [Internet]. 2020 [citado 2 febrero 2021]; 3(7): e2014780. Disponible en: <https://es.jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2768093>
5. Singh S, Desai R, Gandhi Z, Fong HK, Doreswamy S, Desai V, et al. Takotsubo Syndrome in Patients with COVID-19: a Systematic Review of Published Cases. SN Comp Clin Med [Internet]. 2020 [citado 2021 Feb 2]; 2:2102–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7538054/>
6. Santoro F, Mallardi A, Leopizzi A, Vitale E, Rawish E, Stiermaier T, et al. Current Knowledge and Future Challenges in Takotsubo Syndrome: Part 2—Treatment and Prognosis. J. Clin. Med. [Internet]. 2021 [citado 2 febrero 2021]; 10(3): 468. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/3/468>