

Muerte súbita recuperada secundaria a recurrencia de disfunción apical transitoria

Sr. Editor:

Exponemos el caso de una mujer de 77 años, exfumadora, con enfisema leve e hiperreactividad bronquial, que hace 2 años ingresó en otro centro por broncoespasmo con insuficiencia cardíaca severa concomitante, que requirió trata-

miento con aminas vasoactivas y soporte ventilatorio. El cuadro se asoció con negativización generalizada de la onda T, escasa elevación enzimática y alteraciones en la contractilidad cardíaca valoradas como «compatibles con miopericarditis», restablecidas *ad integrum* en el momento del alta.

La paciente se encontraba asintomática cuando comenzó con un cuadro súbito de disnea intensa durante esfuerzo, seguido poco después de parada cardiorrespiratoria. Se iniciaron maniobras de resucitación cardiopulmonar básica inmediatamente y avanzada a los 3 min. Tras monitorizar a la paciente se observó una taquicardia ventricular monomorfa sostenida a 150 lat/min (fig. 1A), por lo que se aplicó cardioversión eléctrica y se recuperó el ritmo sinusal (fig. 1B). A su llegada a urgencias se encontraba hemodinámicamente estable. Se realizó una ecocardiografía que mostró acinesia de los segmentos apicales y medios con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 25%. Las concentraciones de creatinina y troponina I, inicialmente normales, aumentaron a las 12 h a 374 U/l y 3,6 g/l, respectivamente. El NT-pro-BNP, marcador de insuficiencia cardíaca aguda¹, se elevó a 15.944 pg/ml.

Evolucionó favorablemente con tratamiento diurético e inotrópico. En el electrocardiograma realizado a las 48 h se evidenció una inversión profunda y generalizada de la onda T con prolongación del intervalo QT (fig. 1C). Se realizó cateterismo, sin que se observaran lesiones coronarias signifi-

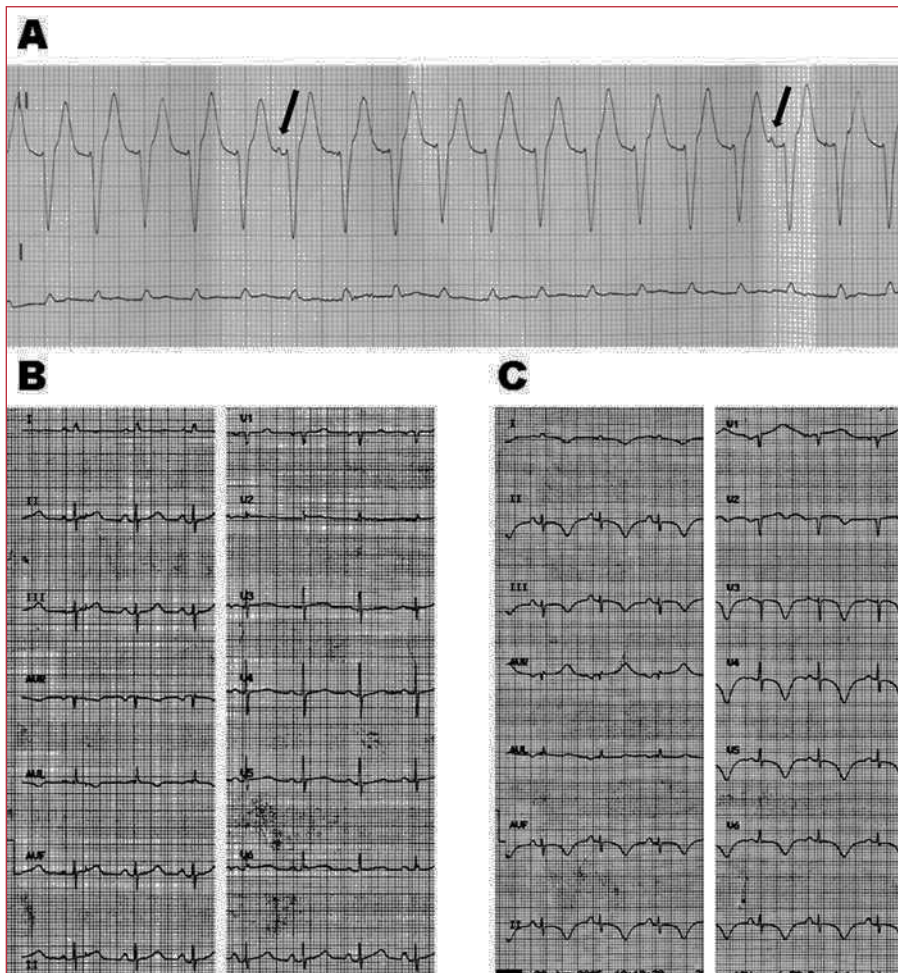


Fig. 1. A: Taquicardia ventricular monomórfica sostenida con disociación auriculoventricular (flechas). B: ECG en ritmo sinusal en el momento del ingreso. C: ECG al segundo día, en el que se observa la negativización extensa y profunda de la onda T y la prolongación del intervalo QT.

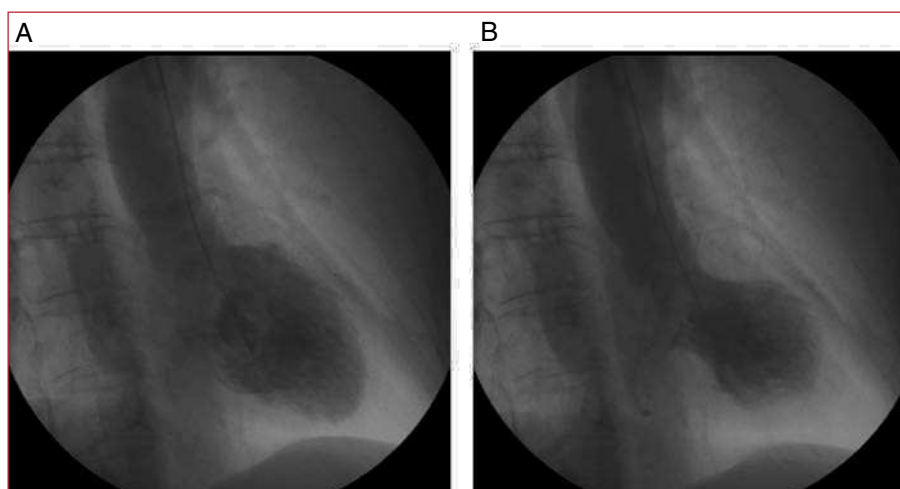


Fig. 2. Ventriculografía al tercer día de ingreso. A: Telediástole. B: Telesístole; se aprecia una imagen de aneurisma apical y la contractilidad normal de los segmentos basales.

ficativas. La ventriculografía izquierda mostraba disfunción sistólica severa a expensas de los segmentos apicales y medios (fig. 2). La biopsia endomiocárdica fue inespecífica.

Se realizó un estudio electrofisiológico al sexto día del ingreso en el que se indujo una taquicardia ventricular sostenida con 2 extraestímulos, por lo que se decidió implantar un desfibrilador automático. En el momento del alta presentaba leve hipocinesia apical con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 55% y persistencia electrocardiográfica de onda T negativa, que se normalizó posteriormente en el seguimiento a los 4 meses.

El SDAT o *apical ballooning* puede simular un síndrome coronario agudo por el inicio de dolor torácico o disnea bruscos y alteraciones en el ECG. Se caracteriza por acinesia transitoria de los segmentos apicales y medios del ventrículo izquierdo con ausencia de lesiones coronarias significativas^{2,3}. Afecta predominantemente a mujeres (82-100%) de edad avanzada. Suele asociarse con estrés emocional o físico, y se ha descrito en relación con esfuerzos físicos intensos o episodios de bronquitis asmática^{2,4}.

Un 3-46% de los pacientes desarrolla un cuadro de insuficiencia cardiaca aguda severa. La mayoría recupera la función ventricular en 2-3 semanas. Se ha descrito un 9% de pacientes con taquicardia y/o fibrilación ventricular⁵ asociada, cuyo origen podría estar en relación con la etiología (isquemia transitoria o descarga catecolaminérgica) o las consecuencias del SDAT (prolongación del intervalo QT, disfunción ventricular).

A largo plazo puede recurrir hasta en un 8% de los pacientes⁵. En nuestro caso, la paciente presentó un cuadro compatible con SDAT 2 años antes que fue atribuido a miopericarditis.

Así pues, el SDAT debe ser una entidad tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de arritmias ventriculares y muerte súbita, especialmente tras un estrés físico o emocional.

Alberto Gómez-Pérez,
Jorge Toquero-Ramos,
Ignacio Fernández-Lozano
y Víctor Castro-Urda

Unidad de Arritmias. Servicio de Cardiología.
Hospital Puerta de Hierro. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pascual DA, Cerdán MC, Noguera JA, Casas T, Muñoz L, García R, et al. Utilidad del NTproBNP en el manejo urgente del paciente con disnea severa y diagnóstico dudoso de insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:1155-61
2. Bybee KA, Kara T, Prasad A, Lerman A, Barsness GW, Wright RS, et al. Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. *Ann Intern Med.* 2004;141:858-65.
3. Segovia Cubero J, Pereira Moral R. Disfunción apical transitoria: un síndrome en transición hacia la edad adulta. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:194-7.
4. Gallego JC, Lafuente C, Domínguez P, Cháfer M, Fuentes R, Aguilera M. Disfunción ventricular transitoria tras estrés emocional. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:1124-7.
5. Tsuchihashi K, Ueshima K, Uchida T, Ohmura N, Jimura K, Owa M, et al. Transient left ventricular apical ballooning without coronary artery stenosis: a novel heart syndrome mimicking acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2001;38:11-8.