



## SÍNDROME DE TAKOTSUBO EN EL CONTEXTO DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2.

\*Autores: Rocío Rueda Ferrero

\*Centro de trabajo: Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Varón de 72 años con antecedentes personales de esquizofrenia en tratamiento con Zyprexa, Haloperidol y Akineton. Dado de alta cinco días antes por parte de Medicina Interna tras ser diagnosticado de neumonía bilateral compatible con COVID-19 y PCR + hace 15 días. Actualmente en tratamiento con Hibor 3.500 UI sc. Acude por disnea de mínimos esfuerzos asociado a dolor centro-torácico de varios días de evolución. Dificultad para la anamnesis debido al mal estado general del paciente que, según refieren sus convivientes ha ido empeorando estos últimos cinco días tras el alta.

A su llegada al Servicio de Urgencias: TA 112/59. FC 85 lpm. Sat 89%. La auscultación pulmonar reflejaba crepitantes bibasales con sibilancias inspiratorias y espiratorias en campos medios. No aparición de cambios tróficos, edema ni signos de TVP en miembros inferiores.

Se realiza electrocardiograma que evidencia ascenso del segmento ST en cara anterior con T invertidas no superponible a electrocardiogramas previos por lo que se lleva al paciente al cuarto de paradas donde se realizó una ecografía a pie de cama que mostró acinesia apical y movimiento septal anormal con una FEVI estimada del 40% tras lo cual se administró: 1/3 de cloruro mórfico, 300mg de Adiro y 40mg de Furosemida consiguiendo un balance negativo de 400cc/h durante su estancia en el Servicio de Urgencias. El paciente dado su mal estado general no fue apto para coronariografía urgente. Se solicitan otras pruebas complementarias como analítica sanguínea donde destaca: Linfopenia de 1000, Dímero-D 4648 µg/l, CK-MB 2 ng/ml y PCR >9.0 mg/dl con Troponina I 0,66 ng/ml. Además de una radiografía de tórax que refleja infiltrados bilaterales alveolares con empeoramiento respecto a previas. Se realiza angioTC coronario que no mostró anomalías anatómicas en arterias coronarias, pero sí un defecto de repleción apical de 2 cm compatible con trombo en el ápex. AngioTc de arterias pulmonares con diagnóstico final de TEP subsegmentario de lóbulo medio. En control al alta con ECOTT se evidenció recuperación de la FEVI (estimada de 65%) con resolución del trombo intraventricular.

Se realiza control analítico con negativización de troponinas al siguiente día y una radiografía de tórax con mejoría radiológica de la neumonía bilateral al alta. En la analítica sanguínea al alta el Dímero-D persistía elevado (3569 µg/l) por lo que tras confirmar buen estado de la función renal se decide alta a domicilio en tratamiento con Eliquis 10mg cada 12 horas durante una semana y posteriormente 5mg día.

Finalmente el paciente fue diagnosticado de: neumonía bilateral compatible con infección por COVID-19, síndrome de takotsubo, trombo intraventricular resuelto y tromboembolismo pulmonar en lóbulo medio.

Hay múltiples entidades con las que hacer el diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta especialmente la clínica de dolor torácico y teniendo en cuenta pruebas complementarias como electrocardiograma, analítica sanguínea, radiografía de tórax y en este caso angioTC de arterias pulmonares y coronarias para descartar entre otras patologías: síndrome coronario agudo, pericarditis aguda, insuficiencia cardíaca congestiva, tromboembolismo pulmonar, progresión de la neumonía ya preexistente.

En conclusión la causa del síndrome de takotsubo es incierta a pesar de que se han propuesto diferentes etiologías entre las que destacan la liberación suprafisiológica de catecolaminas y alteraciones del sistema simpático, daño microvascular, miocarditis viral, disfunción

endotelial encontrando en diferentes bibliografías la esquizofrenia como factor de riesgo. A pesar de ser más frecuente en mujeres de una media de edad de 67 años, cuando afecta a un hombre el estrés desencadenante es más frecuentemente físico.

No es de extrañar que la infección por COVID dada la activación profusa de la cascada de inflamación, favoreciendo un estado procoagulante favorezca no solo la propensión a sufrir un estrés físico por parte del organismo sino también daño endotelial que pueda haber favorecido la aparición de esta clínica.

La importancia radica en que un 2% de los diagnósticos realizados inicialmente como síndromes coronarios agudos terminan catalogándose como miocardiopatía por estrés.

La coronariografía con ventriculografía es la prueba de elección, dado el mal estado del paciente no se consideró candidato para este tipo de pruebas. Una alternativa es el angioTC de arterias coronarias mostrando una anatomía coronaria normal, aunque otras alternativas como la RM mostrando captación tardía de gadolinio,

La clínica de aumento de disnea, desaturación y aumento de los niveles de Dímero-D reforzaba la teoría de un TEP, éste también posee un aumento de incidencia en pacientes con infección por COVID-19. Aún así un TEP subsegmentario no es frecuente que produzca esta clínica tan larvada. En pacientes infectados por COVID-19 se ha notificado aumento de Dímero-D sin datos de TVP, ni TEP, varios estudios discuten sobre la búsqueda de un valor que nos permita optimizar las pruebas diagnósticas y medidas profilácticas. Un corte de 6,494 ng/mL podría diferenciar aquellos con TVP de aquellos que no con una sensibilidad de 80.8%, una especificidad de 68.9% y VPN 88.0%.

Por otro lado, la aparición de trombos intraventriculares en el contexto de la enfermedad de takotsubo es una complicación rara que en múltiples estudios se ha catalogado como una complicación tardía pudiendo aparecer incluso en el tercer mes siendo más frecuente su aparición entre las 2-3 semanas. La resolución es generalmente espontánea aunque existen discrepancias respecto al tiempo que ha de mantenerse la anticoagulación.

Tras el diagnóstico de TEP subsegmentario y trombo apical resuelto espontáneamente se decide anticoagulación ambulatoria con control ecográfico y revisión por parte de Cardiología y Neumología.