

ministración de tratamiento fibrinolítico en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, ni mucho menos mostrar desacuerdo alguno acerca de la realización de un estudio angiográfico urgente en esta patología (se trate o no de *wraps around*), o en la cardiomiopatía de Takotsubo, teniendo en cuenta que en la actualidad esta última técnica se encuentra disponible las 24 horas del día, prácticamente en la totalidad de los hospitales de tercer nivel, y que se trata de una exploración excelente para realizar el diagnóstico diferencial entre ambas entidades. Sin embargo, en el caso de la cardiomiopatía de Takotsubo ni siquiera todos los autores opinan que su realización sea imprescindible para lograr el diagnóstico, pues una resonancia, una ventriculografía con isótopos, o simplemente un ecocardiograma son suficientes⁵⁻⁸.

Lo que pretendíamos expresar es que con un adecuado y correcto diagnóstico de esta patología mediante los criterios clínicos y exploraciones complementarias mencionadas, puede evitarse la administración de tratamiento fibrinolítico que, además de los riesgos potenciales que conlleva, no se encuentra indicado en esta entidad clínica⁹.

B. OBÓN AZUARA, R. ORTAS NADAL
E I. GUTIÉRREZ CÍA
*Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.*

Réplica a «Cardiomiopatía de Takotsubo»

Sr. Director:

Resultan sorprendentes las matizaciones efectuadas por Ortega Carnicer, quien a pesar de su amplia experiencia en el ámbito de la cardiomiopatía de Takotsubo, cuestiona la validez de los criterios clínicos propuestos por diferentes autores para facilitar el diagnóstico de esta patología. Estos autores, tras haber estudiado dos de las 9 series de pacientes descritas en el mundo, proponen dichos criterios en un intento por facilitar el diagnóstico de un modo rápido, precisamente en la fase aguda de la enfermedad; si bien subrayan la inexistencia de una definición de consenso^{1,2}. Por otra parte, la marcada frecuencia en el sexo femenino, así como la presentación de este síndrome tras un estrés emocional, son factores mencionados en todos los estudios revisados; concretamente en el de Desmet et al³, fundamental en la etiopatogenia de esta entidad.

En la revisión que presentamos en *Medicina Intensiva*⁴ quizá se encuentre mal expresado, no pretendíamos cuestionar la indicación y efectividad de la ad-

BIBLIOGRAFÍA

1. Abe Y, Kondo M. Apical ballooning of the left ventricle: a distinct entity? *Heart*. 2003;89:974-6.
2. Bybee KA, Rihal CS. Transient left ventricular apical ballooning. *Ann Intern Med*. 2005;142:678-9.
3. Desmet WJ, Adriaenssens BF, Dens JA. Apical ballooning of the left ventricle: first series in white patients. *Heart*. 2003;89:1027-31.
4. Obón Azuara B, Ortas Nadal MR, Gutiérrez Cía I, Villalón Anadón B. Cardiomiopatía de Takotsubo: disfunción transitoria apical de ventrículo izquierdo. *Med Intensiva*. 2007;31:146-52.
5. Morandi F, Bartesaghi G, Romano M, Albonico P, Provasoli S, Salerno-Uriarte JA. A case of transient left ventricular apical ballooning. A condition simulating an acute myocardial infarction. *Ital Heart J*. 2004;5:789-92.
6. Ramakrishna G, Ravi BS, Chandrasekaran K. Apical ballooning syndrome in a postoperative patient with normal microvascular perfusion by myocardial contrast echocardiography. *Echocardiography*. 2005;22:606-10.
7. Upadya SP, Hoq SM, Pannala R, Alsous F, Tuohy E, Zarich S. Tako tsubo cardiomyopathy (transient left ventricular apical ballooning): case report of a myocardial perfusion echocardiogram study. *J Am Soc Echocardiogr*. 2005;18:883.
8. Fritz J, Wittstein IS, Lima JA, Bluemke DA. Transient left ventricular apical ballooning: magnetic resonance imaging evaluation. *J Comput Assist Tomogr*. 2005;29:34-6.
9. Bybee K, Kara T, Prasad A, Lerman A, Barsness G, 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.