



Revista argentina de cardiología

ISSN: 0034-7000

ISSN: 1850-3748

Sociedad Argentina de Cardiología

Guerchicoff, Marianna; Guerchicoff, Alejandra; Sciegata, Alberto;  
Maldonado, Sebastián; Antzelevich, Charles; Pollevick, Guido

Autopsia molecular en una niña con muerte súbita  
cardíaca. Enfoque práctico de los familiares sobrevivientes

Revista argentina de cardiología, vol. 90, núm. 6, 2022, Noviembre-Diciembre, pp. 483-484

Sociedad Argentina de Cardiología

DOI: <https://doi.org/10.7775/rac.es.v90.i6.20580>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305375990016>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

LAEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Autopsia molecular en una niña con muerte súbita cardíaca. Enfoque práctico de los familiares sobrevivientes

Una niña de 7 años se desplomó mientras corría por la playa. Su madre le realizó maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar; fue trasladada a un hospital, donde según el informe médico ingresó sin vida.

Un mes después, los padres, una joven pareja no consanguínea que además tiene un hijo sano de 8 meses, consultaron a Cardiogenómica y a la Clínica de Cardiología Genómica de la Unidad de Arritmias y Electrofisiología Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

La niña había nacido a término sin complicaciones, y no tenía antecedentes de hospitalizaciones, cirugías, enfermedades graves o problemas médicos crónicos. No tomaba ninguna medicación. Un año antes del episodio, le realizaron un examen cardiovascular predeportivo que incluyó un electrocardiograma que fue normal.

Cuando una persona joven (menor de 35 años) y aparentemente sana presenta una muerte súbita e inesperada, la autopsia revela que las causas cardiovasculares son las más frecuentes (70-80%), siendo la miocardiopatía hipertrófica (36%), las anomalías de implante de las arterias coronarias (17%), las miocarditis (6%) y la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (4%) las más importantes. Hasta en un 30% la autopsia se considera “negativa” cuando el corazón es estructural e histopatológicamente normal, no se identifican otras causas de muerte extracardíacas y el examen toxicológico es negativo; a estos casos se los denomina “síndrome de muerte súbita arrítmica”. (1)

Como la muerte se produjo en vía pública, se realizó una autopsia completa por orden judicial, que fue “negativa”. Se conservaron muestras de tejido fijadas en parafina, y una muestra de sangre venosa periférica en un tubo con EDTA en un refrigerador, no congelada.

Tras una consulta de asesoramiento genético en cardiología con la comprensión y el consentimiento escrito de los padres, recuperamos la muestra de sangre para realizar un estudio genético (EG) posmortem, o autopsia molecular.

Solicitamos un panel completo para arritmias y miocardiopatías. (Figura 1).

El EG posmortem fue realizado mediante secuenciación de próxima generación (NGS). Se identificaron una variante probablemente patogénica en el gen CALM1 (Calmodulina) que se confirmó mediante secuenciación por Sanger, y tres variantes de significado incierto en tres genes diferentes: EYA4 (Eyes Absent 4, un coactivador transcripcional y fosfatasa), MYH11 (cadena pesada de miosina del músculo liso) y MYPN (miopadina) (Figura 2).

Nuestro equipo de cardiología genómica definió la variante clasificada como probablemente patogénica en CALM1 como la única relevante y relacionada con la muerte súbita arrítmica de la niña por lo siguiente:

ACTA2 NM\_001613.2, ACY1C1 NM\_005159.4, ACTN2 NM\_001103.2, AKAP9 NM\_005751.4, ANKRD2 NM\_001148.4, ANRD1 NM\_014391.2, BAG3 NM\_004281.3, CACNA1C NM\_000719.6, CACNA2D1 NM\_000722.2, CACNB2 NM\_201590.2, CALM1 NM\_006888.4, CASQ2 NM\_001232.3, CAV3 NM\_003337.2, CBS NM\_000711.2, COL5A1 NM\_000093.4, COL5A1 NM\_000093.4, COL5A2 NM\_000393.3, CRYAB2 NM\_001885.1, CTRP3 NM\_004763.3, DES1 NM\_001927.3, DMD NM\_004062.2, DSCC2 NM\_004423.2, DSCC2 NM\_001943.3, DSP NM\_004415.2, EMD NM\_000117.2, EYA4 NM\_001004.4, FBN1 NM\_000138.4, FBN2 NM\_001999.3, FTKN NM\_001079802.1, FLNA NM\_001456.3, FXN NM\_000144.4, GATA4 NM\_002052.3, GATA4 NM\_021167.3, GLA NM\_000169.2, GPD1L NM\_015141.3, HCN4 NM\_005477.2, JAG1 NM\_000214.2, JPH2 NM\_004033.4, JUP NM\_002230.2, KCND3 NM\_004980.4, KCNE1 NM\_000219.3, KCNE2 NM\_172201.1, KCNE3 NM\_005472.4, KCNH2 NM\_000238.3, KCNJ2 NM\_000891.2, KCNJ5 NM\_000890.3, KCNJ8 NM\_004982.2, KCNQ1 NM\_000218.2, LAMA4 NM\_002290.3, LAMP2 NM\_002294.2, LDB3 ZASP NM\_000778.2 and NM\_001080116.1, LAMA NM\_005572.3 and NM\_170707.2, MED12 NM\_005100.2, MYBPC3 NM\_002525.3, MYH11 NM\_002474.2, MYH6 NM\_002471.3, MYH7 NM\_000257.2, MYL2 NM\_000432.3, MYL3 NM\_000258.2, MYLK NM\_003025.3, MYO22 NM\_016599.4, MYPN NM\_032578.2, NEXN NM\_144573.3, NWC2-5 NM\_004387.3, NOTCH1 NM\_017617.3, PKP2 NM\_004572.3, PLN NM\_002667.3, PLOD1 NM\_000302.3, PRKAG2 NM\_016203.3, PRKG1 NM\_004258.3, PTPN11 NM\_002834.3, RAF1 NM\_002880.3, RBM20 NM\_001134363.1, RYR2 NM\_001035.2, SCN1B NM\_001037.4, SCN2B NM\_004588.4, SCN3B NM\_018400.3, SCN4B NM\_174934.3, SCN5A NM\_198056.2, SKI NM\_003036.3, SLC2A10 NM\_000777.3, SMAD3 NM\_005992.3, SMAD4 NM\_005595.5, SYTA1 NM\_003986.2, TAZ NM\_000116.3, TBN1 NM\_006471.1, TBN2 NM\_001077653.2, TBN3 NM\_000192.3, TCAP NM\_003673.3, TGFB2 NM\_003238.3, TGFB3 NM\_003239.2, TGFB3L1 NM\_006112.2, TGFB3L2 NM\_003425.5, TMD4A3 NM\_024334.2, TMPO NM\_003276.2, TNNC1 NM\_003280.2, TNNT3 NM\_000363.4, TNNT2 NM\_00101430.1, TPM1 NM\_001018005.1, TRDN NM\_006073.2, TRPM4 NM\_017636.3, TTN NM\_003319.4, TTR NM\_000371.3, TXNRD2 NM\_006440.3, VCL NM\_014000.2

Fig. 1. Detalle del panel de genes estudiados por NGS

Ordered By	Contact ID: _____	Patient Name: _____
Physician: Guerchicoff, Marianna, MD	Ph: +5491131652775	Accession #: _____ Specimen #: _____
Client: MARIANNA GUERCHICOFF, MD (20696)	CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES Buenos Aires C1405CCA AR	AP2 Order #: _____ Specimen: Blood EDTA (Purple top)
		Birthdate: _____ Age: 6y 1m
		Gender: F Date of Death: _____
		MRN #: N/A Collected: _____
		Indication: Diagnostic Received: _____
		Ethnicity: Caucasian
<b>CustomNext-Cardio: Analyses of Selected Hereditary Cardiovascular Disease Genes</b>		
<b>RESULTS</b>		
<b>CALM1</b>	Variant, Likely Pathogenic:	p.N98S
<b>EYA4</b>	Variant, Unknown Significance:	c.371-3C>T
<b>MYH11</b>	Variant, Unknown Significance:	p.A965S
<b>MYPN</b>	Variant, Unknown Significance:	p.D1962A
<b>SUMMARY</b>		
<b>POSITIVE: Likely Pathogenic Variant Detected</b>		

Fig. 2. Resultado del estudio genético post mortem (autopsia molecular)

### Variante en CALM1, exon 5, c.293A>G (p.N98S) heterocigota

El gen CALM1 está situado en el brazo largo del cromosoma 14q32.11. Otros dos genes homólogos (CALM2 y CALM3) están presentes en el genoma humano y parecen tener una función similar.

Este gen codifica una proteína llamada Calmodulina, uno de los principales sensores de las concentraciones del calcio intracelular y que, de acuerdo con las variaciones del mismo interactúa con un gran número de enzimas, canales iónicos y otras proteínas modulando su función, lo que se conoce como “calmodulación”. Una de sus interacciones más importantes es regular la función de algunos de los canales iónicos cardíacos, incluidos el canal de calcio regulado por voltaje que da lugar a las corrientes de calcio de tipo L (CaV1.2; CACNA1C), el canal de sodio cardíaco (NaV1.5; SCN5A) y la isoforma 2 del receptor de rianodina (RyR2).

En la muestra analizada se encontró un cambio en la secuencia de ADN del gen CALM1 en el exón 5 mediante el cual el nucleótido Adenina es reemplazado por el nucleótido Guanina en la posición correspondiente al nucleótido 293 (c.293A>G). Esta variación en la secuencia del ADN, implica un cambio en la proteína sintetizada, en el cual el aminoácido Asparagina (P) es sustituido por el aminoácido Serina (S) en el codón 98 de la proteína CALM1 (p.N98S).

Este tipo de cambio genético se denomina de “sentido erróneo” o “cambio de sentido”: son cambios de un solo nucleótido a nivel del ADN, que resultan

en una alteración de un solo aminoácido a nivel de la proteína.

La posición que ocupa en la proteína calmodulina el aminoácido Asparagina en el codón 98 está altamente conservada en humanos y en las especies de vertebrados relacionados, es decir, que en esa posición de la proteína siempre se observa Asparagina evolutivamente.

Es más, la proteína CALM1 tiene una secuencia de aminoácidos completamente conservada en todos los vertebrados. Dado este grado de conservación, durante mucho tiempo se pensó que las mutaciones en CALM1 eran incompatibles con la vida. (2)

Entre los aminoácidos Asparagina y Serina existen diferencias fisicoquímicas moderadas.

Esta variante no está presente en las bases de datos de población de control étnicamente similares (1000Genomas sin frecuencia reportada).

Esta misma variante se encontró en un paciente con taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT) (3)

El análisis de la estructura interna de la proteína CALM1 y los estudios funcionales experimentales han demostrado que esta variante de sentido erróneo atenuaría la unión al calcio de dicha proteína (4)

De los 14 algoritmos computacionales desarrollados para predecir el efecto de este cambio genético en la estructura y función de la proteína, diez predicen que esta variante es patogénica y 4 benigna (Fuente: VarSome).

La paciente era portadora heterocigota de esta variante, lo cual significa que el cambio genético estaba presente en solo uno de los cromosomas (materno o paterno) mientras que el otro tenía una copia normal del gen CALM1.

Para evaluar el riesgo familiar recomendamos realizar un EG buscando la presencia o ausencia de la variante que asumimos como patogénica en CALM1 en los padres de la niña (estudio genético en cascada familiar). Ninguno de ellos es portador de este cambio genético.

Las guías actuales recomiendan que se realice un EG postmortem, “autopsia molecular”, a las víctimas jóvenes de muerte súbita en las que la autopsia sea negativa y se sospeche una arritmia. (5) A pesar de los consensos y la evidencia, los EG postmortem siguen sin incluirse de forma rutinaria.

Las mutaciones en CALM1 se han asociado con CPVT de herencia autosómica dominante y al síndrome de QT largo. (6)

Sabemos por experiencia personal y por datos de la literatura que más del 50% de las mutaciones en CALM1 que causan CPVT son “de novo” (no heredadas de los progenitores).

En la consulta de asesoramiento post-EG, informamos a la familia que el riesgo para ellos, su hijo menor y el riesgo de recurrencia en futuros embarazos de presentar un cuadro similar es el mismo que el de la población general (casi cero).

Seis años después, la familia está muy bien, tienen otra hija con examen cardiovascular electrocardiograma y ecocardiograma normales.

La autopsia molecular es una poderosa herramienta para establecer un diagnóstico genético cuando la autopsia tradicional no es concluyente. La adecuada conservación de una muestra de sangre venosa en EDTA durante la autopsia permitió la identificación de la causa genética, y no sólo proporcionó a la familia una respuesta que permitió entender lo que le había ocurrido a su hija, sino que también nos ayudó como equipo médico a realizar una evaluación óptima del riesgo de recurrencia familiar a través del EG en cascada de los familiares supervivientes.

**Marianna Guerchicoff<sup>1,2</sup>, Alejandra Guerchicoff<sup>2,3</sup>, Alberto Sciegata<sup>1</sup>, Sebastián Maldonado<sup>1</sup>, Charles Antzelevich<sup>2</sup>, Guido Pollevick<sup>2,4</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina  
<sup>2</sup>Cardiogenómica

<sup>3</sup>Mount Sinai School of Medicine

<sup>4</sup>ACCU Reference Medical Lab

#### **Declaración de conflicto de intereses**

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/Material suplementario).

#### **Consideraciones éticas**

No aplican.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Castiglione V, Modena M, Aimo A, Chiti E, Botto N, Vittorini, S, et al. Molecular Autopsy of Sudden Cardiac Death in the Genomics Era. *Diagnostics* 2021;11:1378. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11081378>.
- Jensen HH, Brohus M, Nyegaard M, Overgaard MT. Human Calmodulin Mutations. *Front. Mol. Neurosci* 2018;11:396. <https://doi.org/10.3389/fnmol.2018.00396>
- Nyegaard M, Overgaard MT, Søndergaard MT, Vranas M, Behr ER, Hildebrandt LL, et al. Mutations in calmodulin cause ventricular tachycardia and sudden cardiac death. *Am J Hum Genet.* 2012;91:703-12. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2012.08.015>.
- Yu CC, Ko JS, Ai T, Tsai WC, Chen Z, Rubart M, et al. Arrhythmogenic calmodulin mutations impede activation of small-conductance calcium-activated potassium current. *Heart Rhythm.* 2016;13:1716-23. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2016.05.009>.
- Wilde AM, Semsarian C, Marquez MF, Sepehri Shamloo A, Ackerman MJ, Ashley EA, et al. European Heart Rhythm Association (EHRA)/ Heart Rhythm Society (HRS)/Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS)/Latin American Heart Rhythm Society (LAHRS) Expert Consensus Statement on the state of genetic testing for cardiac diseases. POSITION PAPER. *Europace* 2022;24:1307-67. <https://doi.org/10.1093/europace/euac030>
- Prakash O, Held M, McCormick LF, Gupta N, Lian LY, Antonyuk S, et al. CPVT-associated calmodulin variants N53I and A102V dysregulate calcium signalling via different mechanisms. *Biochim. Biophys. Acta.* 2015;1850:2168-76.