Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):347

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1393 - SÍNDROME DE TAKO-TSUBO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Bruscas Alijarde[a], N. González Viejo[a], A. Rodríguez Slocher[b], J. Magdalena Belio[a] y M. Llamas Blasco[a]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza. [b]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años, con antecedentes de HTA, diabetes, dislipemia, obesidad, fibrilación auricular permanente, y síndrome ansiosodepresivo, presenta en reposo, dolor torácico opresivo con irradiación a axila y brazo izquierdos, acompañado de sudoración profusa, náuseas, y síncope posterior.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente relataba un importante estrés los días previos. En el electrocardiograma (ECG) en urgencias de Atención Primaria (AP) se objetiva rectificación del ST en cara inferior y lateral y es trasladada a un medio hospitalario. Destacan TA de 140/90, troponina I 0,91 ng/ml, CK y CK-MB normales, dímero D normal. Ecocardiograma: Leve hipocinesia septal inferior medioapical. Coronariografía normal con ventriculografía con función sistólica deprimida con hipocinesia anteroapical.

Juicio clínico: Con los hallazgos encontrados se diagnosticó un síndrome de Tako-Tsubo.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial se realizaría con el síndrome coronario agudo, el feocromocitoma, un síndrome coronario secundario a consumo de cocaína, o una miocarditis.

Comentario final: La miocardiopatía de Tako-Tsubo, síndrome del corazón partido, o miocardiopatía por estrés, está caracterizado por una disfunción regional sistólica transitoria del ventrículo izquierdo, asemejando un infarto agudo de miocardio, sin evidencia de lesiones en las arterias coronarias. La incidencia es desconocida, pero es más frecuente en mujeres en la sexta década de la vida. Entre los mecanismos patogénicos implicados estarían el exceso de catecolaminas, una disfunción vascular y espasmos multivaso en arterias coronarias. Los criterios diagnósticos más usados son los de la Clínica Mayo: 1. Disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. 2. Ausencia de obstrucción coronaria. 3. Cambios en el ECG (elevación o descenso del ST) o modestas elevaciones de la troponina miocárdica. 4. Ausencia de feocromocitoma o miocarditis.

Bibliografía

1. Sato H, Taiteishi H, Uchida T. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In: Clinical aspect of myocardial injury: From ischemia to heart failure, Kodama K, Haze K, Hon M (eds), Kagakuhyouronsha, Tokyo 1990. p.56.
2. Templin C, Ghadri JR, Diekmann J, et al. Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress)

Cardiomyopathy. N Engl J Med. 2015;373:929.
3. Gianni M, Dentali F, Grandi AM, et al. Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. Eur Heart J. 2006;27:1523

Palabras clave: Dolor torácico. Tako-Tsubo. Miocardiopatía.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.