Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1637

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2796 - SÍNDROME DEL CORAZÓN INTOXICADO

P. Lupiáñez Seoane[a], A. Santamaría Marín[b], C. Monroy Gómez[c] y B. Ros Gómez[d]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torreón. Ciudad Real. [b]Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario de Ciudad Real. [c]Médico Internista. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torreón. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia y asma bronquial que acudió al servicio de urgencias por disnea, autoescucha de ruidos respiratorios y dolor torácico atípico de una hora de evolución. Refería que de forma accidental había inhalado cáusticos mientras realizaba las labores del hogar.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física destacaba TA 110/70 mmHg, FC 80 lpm, saturación de oxígeno 91% e hipoventilación con roncus inspiratorios bilaterales en la auscultación pulmonar. Se realizó electrocardiograma en el que se objetivó ondas T negativa en II, III y AVF. En la analítica destacó elevación de las enzimas cardiacas, troponina I 0,100 ng/ml y la radiografía de tórax fue normal. Se solicitó ecocardiograma urgente que evidenció hipocinesia anterior, media y apical con FEVI del 40%. Con el diagnóstico de síndrome coronario agudo se inició tratamiento antiagregante y anticoagulante e ingresó en la unidad de cuidados intensivos; se realizó coronariografía urgente que mostró coronarias angiográficamente normales, por lo que el diagnóstico final fue el de miocardiopatía por estrés (síndrome de Tako-Tsubo). Las enzimas cardíacas alcanzaron nivel pico de CPK-MB 12,5 ng/ml y troponina I 1.283 ng/ml. La evolución fue favorable, siendo dada de alta de la unidad de cuidados intensivos, pasando a planta de cardiología donde fue dada de alta a los 8 días del ingreso.

Juicio clínico: Síndrome de Tako-Tsubo.

Diagnóstico diferencial: Fundamentalmente con el síndrome coronario agudo, aunque debemos tener presente otras causas de disfunción transitoria de ventrículo izquierdo como la hemorragia subaracnoidea, el feocromocitoma o el consumo de cocaína.

Comentario final: La miocardiopatía por estrés o síndrome de Tako-Tsubo es una entidad clínica poco frecuente. Afecta principalmente a mujeres posmenopáusicas con pocos factores de riesgo cardiovasculares. El principal desencadenante es el estrés emocional grave, si bien su verdadero origen es todavía desconocido. Se caracteriza por dolor torácico de perfil coronario, cambios electrocardiográficos que simulan un síndrome coronario agudo y una acinesia o discinesia transitoria, anteroapical del ventrículo izquierdo. El propósito de nuestro caso es recordar esta entidad ya que, si bien su presentación clínica simula un infarto agudo de miocardio, su pronóstico y

morbimortalidad es diferente.

Bibliografía

1. Komamura K, Fukui M, Iwasaku T, et al. Takotsubo cardiomyopathy: Pathophysiology, diagnosis and treatment. World Journal of Cardiology. 2014;6(7):602-9.
2. Núñez I, Méndez M, García J. Cardiopatía de estrés o síndrome de Tako-Tsubo: conceptos actuales. Rev Argen Cardiol. 2009;77:218-23.

Palabras clave: Infarto de miocardio. Miocardiopatía de estrés. Estrés emocional.

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