



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

210/93 - La ventriculografía diagnóstica

C. Celada Roldán^a, S. Roncero Martín^b, I. Asunción Sola^c, A.C. Frazao dos Santos^d y E. Sánchez Pablo^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Cartagena. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años hipertensa y fumadora de 50 paq/año, previamente asintomática que acude a nuestra consulta en la última semana por insomnio nocturno e irritabilidad emocional. Actualmente refiere dolor intenso con sensación opresiva de comienzo agudo de 4 horas de evolución, irradiado a espalda asociado a cortejo vegetativo. Acontecimientos vitales estresantes: muerte inesperada de su marido hace una semana, robo en su domicilio hace 6h.

Exploración y pruebas complementarias: Hipertensa (TA 152/95 mmHg). Buen estado general, llanto espontáneo y comportamiento ansioso durante la anamnesis. Auscultación cardiopulmonar a 82 lpm sin otros datos físicos de relevancia. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm con elevación del ST en V2, V3 y V4 con T negativas en precordiales por lo que derivamos a urgencias donde se objetiva movilización de troponina I (2,16-7,34-11,12 ng/ml) y CK (227-487-436 U/l). Rx de tórax anodina. Se ingresa en cardiología: ecocardiograma (hipocinesia septal anterior medioapical) con posterior coronariografía (lesión significativa en CD media y CX proximal) y ventriculografía diagnóstica: hipocinesia de segmentos medioapicales.

Juicio clínico: Cardiopatía inducida por el estrés/disfunción ventricular transitoria/discinesia apical transitoria (SDAT)/síndrome de tako-tsubo.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo con elevación del ST/SCACEST.

Comentario final: Se optó por tratamiento conservador: duoplavin durante 1 año, emconcor cor 2,5 mg, ramipril 2,5 mg, estatina 40 mg, pantoprazol 40, lorazepam 1 mg con una normalización paulatina del ECG y con mejoría de la contractilidad cardiaca y recuperación clínica a los 2-3 meses. El síndrome tako-tsubo es una forma de disfunción ventricular reversible de causa no coronaria, que simula a un IAM. se caracteriza por mostrar en la ventriculografía un balonamiento apical del ventrículo izquierdo con hallazgos normales en la coronariografía. Muy buen pronóstico con baja tasa de recurrencia y recuperación a todos los niveles a las 4-8 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

- Sharkey SW, Lesser JR, Zenovich AG, et al. Acute and reversible cardiomyopathy provoked by stress in women from the United States. Circulation. 2005;111:472-9.