



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 210/93 - La ventriculografía diagnóstica

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

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Cartagena. <sup>e</sup>Médico 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.