



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



327/63 - DOCTOR ME DUELE EL PECHO ¿TENGO UN INFARTO?

M. Valdes Villar.

Médico de Familia. Centro de Salud Manzanares El Real. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mixto; Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias. Caso multidisciplinar. MOTIVO DE CONSULTA: Cuadro de disnea brusca y dolor centro torácico de minutos de duración. HISTORIA CLÍNICA: Antecedentes personales: Depresión a tratamiento con sertralina 100mg 1 comprimido al día, Fumadora de 1 paquete de cigarrillos al día desde hace más de 30 años. No otros FRCV. Anamnesis: Mujer de 69 años que acude al Centro de salud por dolor centro torácico de carácter opresivo de minutos de duración sin cortejo vegetativo asociado a disnea de reposo

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: TA: 110/55 mm Hg; FC: 95 lpm; SatO₂: 91.0 % ACP: Rítmica sin soplos; Crepitantes en ambos campos pulmonares. Resto sin alteraciones. Pruebas complementarias: Se realiza ECG que muestra elevación de ST en cara inferior. Tras iniciar tratamiento con AAS 300mg vo y O₂ y avisar al 061 la paciente refiere aumento del dolor centro torácico de carácter opresivo. Se repite ECG objetivando ondas T negativas de V1-V4 y en cara lateral y lateral alta. Se traslada a la urgencia hospitalaria donde se realiza analítica que muestra: Creatinina 1,3 mg/dl; TnI 1,15 UI/ml, CK 245 UI/ml y BNP 213 pg/ml; resto sin alteraciones; Ecocardiograma con alteraciones de la contractilidad segmentaria medio-ventriculares con FEVI 40%; El cateterismo mostró unas arterias coronarias epicárdicas sin lesiones.

Juicio clínico: Juicio Clínico: Síndrome de Tako Subo.

Diagnóstico diferencial: Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo, Edema agudo de pulmón, Miocarditis.

Comentario final: Tratamiento, planes de actuación: Durante su ingreso la paciente recibe tratamiento médico con diuréticos, betabloqueantes y anticoagulación parenteral con resolución del cuadro clínico y alta hospitalaria a los 8 días. Evolución: Recuperación de la contractilidad segmentaria del VI. Estable con ajustes de tratamiento según síntomas, FC y presión arterial. Comentario final: el síndrome de Tako Subo es una afección cardíaca aguda todavía poco conocida (aunque no tan infrecuente) que sigue planteando dudas respecto a su etiología, diagnóstico y tratamiento. Es importante su reconocimiento precoz por lo que desde atención primaria debemos estar sensibilizados y conocer esta entidad clínica, en el marco de otros grandes síndromes como la insuficiencia cardíaca o la isquemia miocárdica aguda.

Palabras clave: Palabras clave: Síndrome de T-S, Dolor torácico, Disnea aguda

Bibliografía

1. Akashi YJ, Barbaro G, Banach M, Miyake F. Clinical and diagnostic aspects of Takotsubo cardiomyopathy. *Asia-Pacific Cardiology* 2011; 3(1):60-3.
2. Hansen PR. Takotsubo cardiomyopathy: An under-recognized myocardial syndrome. *European Journal of Internal Medicine* 2007; 18: 561-565
3. Prasad A, Lerman A, Rihal CS. Apical ballooning syndrome (Tako-Tsubo or stress cardiomyopathy): a mimic of acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2008; 155: 408-17.
4. Bybee KA, Prasad A, Barsness GW, Lerman A, Jaffe AS, Murphy JG, et al. Clinical characteristics and thrombolysis in myocardial infarction frame counts in women with transient left ventricular apical ballooning syndrome. *Am J Cardiol* 2004; 94: 343-6.
5. Gaspar J, Gómez RAC. Síndrome Tako-Tsubo (discinesia antero-apical transitoria): Primer caso descrito en América Latina y revisión de la literatura. *Archivos de Cardiología de México* 2004; 74: 205-214