



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

## 387/87 - MIOCARDIOPATÍA DE ESTRÉS: SÍNDROME DE TAKO TSUBO O CORAZÓN ROTO ¿SOLO ANTE UNA DISCUSIÓN FAMILIAR?

M. Cea Gómez<sup>1</sup>, M. Martín Nicolau<sup>2</sup>, S. Quintanilla Cavia<sup>3</sup>, I. Cabrera Rubio<sup>4</sup>, B. Carballo Rodríguez<sup>4</sup>, J. Sánchez Ceña<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Ignacio. Bilbao. Vizcaya. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 66 años dada de alta hace 2 semanas del servicio de traumatología tras cirugía de prótesis de rodilla; que consulta en Urgencias por cuadro de dolor precordial de 6 horas de evolución de características opresivas. En cuanto a sus antecedentes personales cabe destacar alergia a betalactámicos, exfumadora e hipertensión arterial de años de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 180/90. FC 80. SATO2 99%. FR 21. PVY normal. AC rítmica, soplo esclerosis aórtica. 2R preservado. AP MVC. Abdomen normal. EEII mínimos edemas fóvea positivo. Analítica: HG, BQ y coagulación normales. Destacar troponina I 2,25. NTproBNP 2.200. ECG: RS a 80 lpm QRS 120. Repol normal. ECG a las 24-36 h: RS a 65 lpm. QRS 120 ms. T negativas simétricas y profundas universales con prolongación del QTc. RX tórax: redistribución vascular bilateral. No datos de sobrecarga hídrica. Ecocardiograma transtorácico: VI no dilatado. Aquinesia de todos los segmentos medio-apicales de todas las caras. Disfunción VI grave (FEVI 30-35%). Esclerosis aórtica. IM ligera. VD normal. VCI no dilatada. No derrame pericárdico.

**Juicio clínico:** Miocardiopatía de estrés: síndrome de Tako-Tsubo.

**Diagnóstico diferencial:** 1. SCASEST anterolateral agudo. 2. T negativas y prolongación del QT en probable contexto de hipertoniasia grave.

**Comentario final:** El síndrome de Takotsubo o miocardiopatía inducida por estrés es una entidad de instauración aguda que cursa frecuentemente con dolor torácico y, en ocasiones, con insuficiencia cardíaca. Es un diagnóstico de exclusión. Se desencadena tras cualquier evento estresante para el organismo, ya sea físico o emocional. La etiología es desconocida, aunque podría estar en contexto de disfunción microvascular regional tras una descarga catecolaminérgica en un sujeto susceptible. En el caso de nuestro paciente, fue ingresada en planta de cardiología y se realizó coronariografía a las 24 horas, mostrando arterias coronarias angiográficamente normales. Se le dio de alta a los 4 días, repitiéndose el ecocardiograma y constatándose la recuperación de la FEVI (Fracción eyección ventrículo izquierdo).

### Bibliografía

Ghadri JR, Wittstein, IS, Prasad A, et al. International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part I): Clinical Characteristics, Diagnostic Criteria, and Pathophysiology. Eur Heart J. 2018;39:2032-46.

Ghadri JR, Wittstein, IS, Prasad A, et al. International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part II): Diagnostic Workup, Outcome, and Management. Eur Heart J. 2018;39:2047-62.