



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1147 - Cardiopatía del estrés

L. Closa Carné^a, C. Faci Moreno^b y L. Paino Pardal^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Larrard, Barcelona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Guineueta. Barcelona. ^cMédico de Familia. CAP Guineueta, Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 56 años de edad, fumadora activa de 60 paquetes año, sin otros factores de riesgo cardiovasculares, con antecedente de EPOC grave y sin historia cardiológica previa. La paciente refiere una situación familiar estresante. La paciente acude al servicio de urgencias de nuestro centro de salud (CS) por un cuadro de inicio súbito, caracterizado por mal estar general y sensación disneica. Presenta una insuficiencia respiratoria aguda, con clínica de broncoespasmo grave, que se acompaña de alteraciones en ECG compatibles con SCACEST, por lo que se procede a activar código IAM y se avisa al servicio de emergencias médicas. Se inicia oxigenoterapia, tratamiento broncodilatador y corticoterapia en el centro de salud. A la llegada del Servicio de Emergencias la paciente presenta una Saturación menor de 50% por pulsioximetría, proceden a intubación y ventilación mecánica. Siendo ingresada en la UCI. Es extubada a las 48h presentando una evolución favorable durante su ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, normohidratada, cianosis central. Afebril, taquipneica y con tiraje intercostal. Auscultación respiratoria: sibilantes dispersos en ambos campos pulmonares. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, no soplos. ECG (CS): elevación ST anterolateral, máximo 6 mm. Analítica: CK-mb 10,6 mg/dL, troponina 2.085 ng/mL (13 ng/mL). Rx tórax: sin alteraciones. Cateterismo: arterias coronarias sin lesiones. Ecocardiograma (ingreso): disfunción ventricular izquierda moderada (FE 43%) con acinesia segmentos medioapicales. No valvulopatías. Ecocardiograma al alta: sin alteraciones.

Juicio clínico: Las alteraciones transitorias en la contractilidad ventricular izquierda (discinesia medioapical) con afectación apical, la ausencia de enfermedad coronaria en cateterismo, la aparición de alteraciones electrocardiográficas (elevación ST) y la elevación de las troponinas, hace pensar en un síndrome de Tako-Tsubo.

Diagnóstico diferencial: Dados los hallazgos en las pruebas complementarias, el diagnóstico diferencial debe hacerse con un IAM.

Comentario final: El síndrome de Tako-Tsubo, representa una entidad recientemente descrita (1990), que mimetiza muchas de las características de un síndrome coronario agudo: clínicas, analíticas, electrocardiográficas y ecocardiográficas. Se observa generalmente en mujeres posmenopáusicas y es frecuente la presencia de un factor estresante. No es un diagnóstico que podamos hacer desde atención primaria, pero debemos tenerlo en cuenta ya que este síndrome está en aumento en nuestra sociedad. La insuficiencia cardíaca es una consecuencia poco frecuente (10%) pero que debemos tener en cuenta en los

pacientes afectos de dicho síndrome, por lo que se les debe realizar un estrecho seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Núñez Gil I, Luaces Méndez M, García Rubira J. Síndrome Tako-Tsubo: conceptos actuales. Rev Argent Cardiol Buenos Aires. 2009;77(3).