Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1210

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 160/2044 - Doctor, me duele el pecho, ¿puede que esté sufriendo un infarto?

*D. Martínez Antequera[a], M. Sánchez Alaminos[b], I.M. Martínez Ardil[c], R. Gómez García[d], A. Martínez Más[d], J. Mroz[e], S. García Meseguer[f], A. Zapata Pérez[f], C. Ariza[f] y V.J. Gavara Palomar[f]*

*[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. [b]Médico de Familia y Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Área 2. Cartagena. Murcia. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barrio de Peral. Cartagena. Murcia. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. [e]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. [f]Médico de Familia. Centro de Salud Isaac Peral. Área 2. Cartagena. Murcia.*

## Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años que como antecedentes médicos presenta hipercolesterolemia sin otros factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes personales ni familiares de cardiopatía isquémica. También presenta antecedentes personales de nefrolitiasis tratada con litotricia y quistes renales derechos. La paciente acude a su médico de atención primaria porque refiere que tras ayudar ayer a una vecina en el incendio de su casa comenzó con dolor centrotorácico irradiado a miembro superior izquierdo, el cual mejoro tras reposo y lorazepam, intensificándose hoy el dolor.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Consciente y orientada, eupneica, no impresiona de gravedad, afebril. TA 113/81. FC 67 lmp. SatO2 94%. Auscultación cardio-pulmonar normal. Extremidades sin edemas, pulsos periféricos presentes y simétricos. Pruebas complementarias: A) Analítica: Hem 4,8, Hb 14,2, hematocrito 42,6%, leucocitos 5.880, plaquetas 236.000. Glucosa 110, urea 40, creatinina 0,4, sodio 144, potasio 4,3. Troponina T 6,4, CK-MB 43,5, colesterol 173, HDLc 49, LDLc 99, triglicéridos 123. B) ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, eje a +60º, PR 0,18, onda Q en III-aVF con rectificación del segmento ST en II-aVF, T negativas en V1-

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

V3, onda Q en derivaciones derechas. C) Radiografía de tórax: cardiomegalia II/IV a expensas de VI, discretos signos de redistribución vascular y menor aireación de base pulmonar izquierda. D) Ecocardiograma: discinesia apical con disfunción ligera de la fracción de eyección. E) Coronariografia: arterias coronarias normales. Disfunción ventricular izquierda compatible con síndrome de Takotsubo.

Juicio clínico: Síndrome de Takotsubo con discinesia apical.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST.

Comentario final: El síndrome de Takotsubo o miocardiopatía por estrés es una enfermedad cuya prevalencia se desconoce debido probablemente a que se trata de una patología infradiagnosticada. Se sabe que es más frecuente en el sexo femenino sobre todo en mujeres entre 60 y 80 años. Lo que sí parece claro es que en todos los casos hay un factor de estrés físico y/o psíquico que actúa como desencadenante del síndrome. Clínicamente es indistinguible del síndrome coronario agudo. La diferencia más significativa con el síndrome coronario agudo es que en el síndrome de Takotsubo no hay afectación de las arterias coronarias. En el ecocardiograma se aprecia disfunción del ventrículo izquierdo con discinesia de los segmentos apicales. Generalmente este síndrome presenta una evolución favorable con normalización del electrocardiograma, las enzimas cardiacas y de la función ventricular en unas 4 semanas aproximadamente. Se desconoce su fisiopatología y no está muy claro el tratamiento que habría que instaurar. En conclusión, se trata de una enfermedad que es muy difícil de diferenciar de un síndrome coronario agudo y en muchos casos pasa enmascarada como infarto agudo de miocardio al remitir el cuadro, por lo que sería conveniente investigar más sobre su etiopatogenia con el fin de que en un futuro se puedan establecer unos criterios diagnósticos, un tratamiento y una prevención mucho más clara que la que hay actualmente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Núñez Gil IJ, et al. Characterization of Tako-tsubo Cardiomyopathy in Spain: Results from the RETAKO National Registry. Rev Esp Cardiol. 2015;68(6):505-12.

2. Patel SM, et al. Impaired coronary microvascular reactivity in women whit apical ballooning syndrome (Takotsubo/stress cardiomyopathy). Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2013;2(2):147-52.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.