Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1253

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2447 - Doctor, no más disgustos

L.M. González[a], L. León Martínez[b], L. Monteagudo González[c], B. Sánchez García[d], P. Abellán García[e], E. Ruíz García[f], J. Ballesta Lozano[f], E. Sánchez-Parra Marín[g], L. Blázquez González[h] y A.I. Ortega Requena[i]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Reina Sofía. Murcia. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste y Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. [g]Médico Adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. [h]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. [i]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 años sin patología de interés, sin FRCV, en seguimiento por consultas externas de Cardiología por dolor torácico a estudio en relación con situación de estrés, con pruebas complementarias normales en todo momento. La paciente es derivada a hemodinámica de urgencias tras ser atendida por la UME por presentar episodio de dolor centrotorácico opresivo, con irradiación a mandíbula acompañado de náuseas y vómitos, de unos 30 minutos de duración.

Exploración y pruebas complementarias: ACP: normal. ECG: elevación de ST de 2 mm en AVf, V2-V6. Bioquímica: troponina I: 21,9, CPK 450. Coronariografía urgente: no lesiones significativas. Trayecto intramiocárdico de DA media con Milking no oclusivo. Rx tórax: no condensaciones ni infiltrados. No cardiomegalia. Ecocardiografía: hipocinesia grave de segmentos apicales sin claro abombamiento. Alteración de la relajación. IT ligera. Probable trombo a confirmar con RMN. RMN: Presenta balonización de segmentos apicales, con ausencia de realce tardío con gadolinio. Se confirma presencia de trombo.

Juicio clínico: Miocarditis de Tako Tsubo.

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

Diagnóstico diferencial: Dolor torácico de características isquémicas: HTA sistémica, HTA, pulmonar, espasmo y embolia coronaria, aterosclerosis, estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, anemia severa, hipertiroidismo.

Comentario final: el síndrome de Tako Tsubo se define como una afectación cardiaca de etiología no ateroesclerótica en la que existe una brusca alteración contráctil ventricular izquierda, transitoria y frecuentemente precedida por una situación de intenso estrés físico y/o emocional. Se relaciona en más del 90% con las mujeres posmenopáusicas, (58-75 años). Suele ir precedido en 2 de cada 3 casos por una situación de estrés (fallecimiento de un familiar, discusión, procedimiento invasivo), aumentando también la morbimortalidad CV en desastres naturales. Se suele presentar como un dolor torácico en el 68% de los casos, simulando un SCASEST. También, como disnea, palpitaciones y FV en el 1,5%. Para el diagnostico, el ECG suele dar elevación del ST en derivaciones precordiales, aunque menor que en una oclusión de DA. Los marcadores cardiacos, suelen estar elevados. Es importante en urgencias saber tratar cualquier dolor torácico, teniendo en cuenta la clínica y las pruebas complementarias de las que disponemos, como son el electrocardiograma y las enzimas cardiacas. El diagnostico final de un síndrome de Tako Tsubo no es para nada imprescindible para el manejo en la práctica clínica de nuestros pacientes, pero sí debemos saber que existe, ya que la incidencia está aumentando en los últimos años. Una vez diagnosticado, es importante tenerlo en cuenta en nuevos episodios de dolor torácico, así como en las consultas de Atención Primaria donde priman las actividades de prevención de nuevos sucesos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Sección 3. Urgencias cardiovasculares. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª edición. Barcelona. Elsevier. 2010. pp. 199-207.

2. Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Parte 2: manifestaciones principales y cuadro clínico inicial de las enfermedades. Sección 1: Dolor. Dolor torácico. Harrison, Principios de Medicina Interna, 18ª edición. México DF: Mc Graw-Hill/interamericana de España 2012. Vol II. pp. 102-8.

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