Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1229

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/418 - Síndrome de Tako Tsubo. Discinesia disfrazada de infarto de miocardio

C. Fernández Galache[a], A. García-Lago Sierra[b], B. Martínez Sanz[c], N. Guelai[d], I. Galán López[e] y M. Anta Fernández[f]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Zapatón. Cantabria. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Corrales de Buelna. Cantabria. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cantabria. [f]Médico Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 74 años, DM tipo II, HTA, síndrome ansioso depresivo y tos crónica en relación con posible asma bronquial. Actualmente en tratamiento con alprazolam, escitalopram, meloxicam, omeprazol, glimepirida, openvas plus (olmesartán/hidroclorotiazida). Varias consultas en los últimos meses por tos con expectoración blanquecina que en los últimos días se ha vuelto amarillenta, acompañada de deposiciones diarreicas y anorexia. En la consulta actual refiere presíncope acompañado de visión borrosa, disnea, dolor cervical y dorsal, con sudoración, al agacharse hace 1 hora.

Exploración y pruebas complementarias: Realizamos glucometer, normal, exploración neurológica normal, auscultación cardiaca rítmica con soplo sistólico y ECG donde se observa elevación difusa del ST, más llamativa en cara anterior y BRDHH, pero sin cumplir criterios de “código corazón” para SCACEST, por lo que es derivada a urgencias hospitalarias, donde se normaliza el ST, persistiendo una T negativa en cara lateral con movilización enzimática (troponina T de 14 ng/dl a su llegada y de 238 ng/dl a las 2 horas). Radiografía de tórax normal (aunque posteriormente desarrollaría un EAP). Se realizó Ecocardiograma, observándose ventrículo izquierdo (VI) hipertrófico, función sistólica global ligeramente deprimida (FEVI 45%) con disquinesia

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

apical.

Juicio clínico: SCACEST Killip I con afectación del territorio de la DA versus Tako-Tsubo.

Diagnóstico diferencial: Como primera opción podría tratarse de un evento isquémico con afectación del territorio de la DA o un Tako-Tsubo, al ver en la ecocardiografía una hipocinesia apical, que podría ser transitoria, precisaría una coronariografía para su confirmación, que en este caso fue normal y confirmó el diagnóstico. Además, la clínica, no haber dolor pleurítico, la evolución del ECG y ausencia de inflamación miocárdica, descarta una miopericarditis. Otros posibles diagnósticos: angina de Prinzmetal, estado catecolaminérgico, cocaína o miocardio aturdido.

Comentario final: El síndrome de Tako-Tsubo se caracteriza por discinesia o aquinesia apical transitoria del VI, ausencia de lesiones coronarias y elevación del segmento ST o inversión de la onda T, simulando por tanto un infarto de miocardio, incluso clínicamente. El desencadenante suele ser una situación de estrés. La mayoría de los pacientes con estas características, padecerán una lesión coronaria importante, por lo que la utilización de antiagregantes ante la duda diagnóstica son recomendables. Una vez hecho el diagnóstico, tratamientos que contribuya a mejorar la disfunción sistólica del VI son de elección (beta-bloqueantes e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina). Prestaremos atención al manejo de pacientes con hipotensión o shock, que pueden llegar a precisar drogas vasoactivas (dopamina o dobutamina), o aquellos con riesgo de tromboembolismo donde estaría indicada la anticoagulación. La evolución suele ser benigna, con una mortalidad del 1%. La recuperación clínica y mejoría hemodinámica se da en los 2-3 días siguientes al episodio y la recurrencia es rara, pudiendo durar los cambios en el ECG semanas y los ecocardiográficos hasta 1 mes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Imazio M. Myopericarditis [monografía en Internet]. Gersh BJ. UpToDate; 2014 [acceso 25 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.uptodate.com/

2. Sato et al. Stunnes myocardium with speciphic (Takotsubo-type) left ventriculographic configuration due to multivessel spasm. Clinical aspect of myocardial injury. From ischemia to heart failure. Kodama K, Hori M, eds Kagakuhyyouronsya Co. Tokio. 1990;56:64.

3. Reeder GS, Prasad A. Myopericarditis [monografía en Internet]. McKenna WJ. UpToDate; 2014 [acceso 25 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.uptodate.com/

4. Salaverría-Garzón I, Villaseñor-Navas M, Sánchez-Herrera S, Martínez-Elbal L. Síndrome de Tako-Tsubo (discinesia apical transitoria). Un síndrome que simula un

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

infarto de miocardio. An. Med. Interna (Madrid). 2008;25(1):20-2.

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