



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

## 212/2726 - Doctor, se me ha roto el corazón

V. Mateo Cañizares<sup>a</sup>, Y. Romero Castro<sup>a</sup>, J. Sánchez Sánchez<sup>b</sup>, A.C. Frazao dos Santos<sup>b</sup>, C. Pérez Llanes<sup>b</sup>, A.B. Martorell Pro<sup>a</sup>, D.P. Piñar Cabezos<sup>c</sup>, M.Á. Gomariz Martínez<sup>a</sup>, M. Rodríguez Márquez<sup>d</sup> y M. Martínez Pujalte<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Adjunto. Servicio de Urgencias; <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 72 años, hipertensa en tratamiento farmacológico, presencia como su hijo presenta parada cardiorrespiratoria y es reanimado, posteriormente lo trasladan al hospital. Ante la mala noticia recibida, paciente comienza a llorar y aqueja de dolor centro torácico opresivo que no la deja respirar, acudiendo a su centro de salud. Diagnosticada de crisis de ansiedad, se administran 5 mg de diazepam. La paciente se tranquiliza pero persiste con la opresión centrotorácica, irradiada a zona interescapular y MSI. Tras ECG, se diagnostica de SCACEST, se inicia tratamiento con AAS 300 mg y se avisa 061 para su traslado al hospital, donde es ingresada en UCI. Nuestra paciente fue dada de alta a los 5 días totalmente recuperada y sin daño miocárdico.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 130/52, FC 81 lpm, eupneica. AC rítmica sin soplos. Resto normal. Hemograma, coagulación y bioquímica normales. Enzimas cardíacas: CK 320, CKMB 2,42, TrI 0,09 (pico máx. en UCI: CK 320, CKMB 12,1, TrI 6,9). Rx tórax normal. ECG a su ingreso en UCI: RS a 87 lpm. HBA. Ascenso del ST en cara anterolateral. ECG a las 2 horas con normalización del segmento ST. Coronariografía sin lesiones. Ecocardiograma HVI leve con aquinesia apical estricta con hipocinesia apicalateral.

**Juicio clínico:** Sd. de Tako-Tsubo.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis de ansiedad, síndromes coronarios, disección aórtica.

**Comentario final:** La paciente, diagnosticada inicialmente de crisis de ansiedad, resultó tener una miocardiopatía por estrés tipo Tako-Tsubo, caracterizado por cursar de forma similar a un infarto de miocardio, con una debilidad cardíaca transitoria en ventrículo izquierdo. Se produce en personas sin alteración coronaria y su pronóstico es generalmente benigno, con recuperación total a las 4-5 semanas.

### Bibliografía

1. Núñez Gil IJ, Luaces Méndez M, García-Rubira JC. Cardiopatía de estrés o síndrome de Takotsubo: Conceptos actuales. Rev Arg Cardiol. 2009;77:218-23.
2. Núñez Gil IJ, García-Rubira JC, Luaces Méndez M, Fernández-Ortiz A, Vivas Balcones D, González Ferrer JJ, et al. Discinesia medioventricular izquierda transitoria: aspectos clínicos de una nueva variante. Rev Esp Cardiol. 2008;61:322-6.

3. Madaria Marijuan Z, Andrés A, Blanco J, Ruiz L. Síndrome de tako-tsubo. Una presentación atípica. Rev Esp Cardiol. 2010;63:364-5.

**Palabras clave:** *Síndrome coronario. SCACEST. TAKO-TSUBO. Ansiedad. Dolor torácico.*