



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3399 - El síndrome del corazón roto

G. Izquierdo Enríquez^a, B. Vicente Mata^b, I. Prieto Checa^b, M.H. Cáceres Franco^a, I. Arroyo Rico^c, L. Gómez Sánchez^d, R. Coleto Gutiérrez^a, T. Martín de Rosales Cabrera^a, V.R. Oscullo Yépez^e y C.N. Fernández Palacios^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. Centro de Salud Monóvar. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 56 años, hipertensa en tratamiento con enalapril, que acude por dolor centrotorácico de carácter opresivo, irradiado a cuello y mandíbula inferior, de una hora de duración, que ha aparecido mientras se encontraba en reposo. El dolor aumenta con la inspiración profunda, no se modifica con la actividad física ni a la palpación y ha ido cediendo espontáneamente. Asocia cortejo vegetativo y leve disnea. Manifiesta mayor estrés los días previos. Niega otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: En la consulta, se lleva a cabo exploración física completa: TA: 127/82 mmHg, FC: 84 lpm, SatO2: 100%. Eupneica. Afebril. Buen estado general. Carótidas rítmicas y sin soplos. Pulsos presentes y simétricos a todos los niveles. Auscultación cardíaca: Rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado, sin agregados. Resto de exploración sin alteraciones. Se realiza electrocardiograma que muestra mínimo descenso del ST en cara infero-lateral, con onda T invertida en I, AVL y precordiales izquierdas. Con los hallazgos, se avisa a los servicios de emergencias y se traslada al hospital, donde se realiza analítica de sangre, que no muestra alteraciones salvo troponina 3,2 y radiografía de tórax sin hallazgos relevantes. Se realiza coronariografía, sin evidencia de lesiones coronarias y ecocardiograma, que muestra aquinesia de segmentos apicales y FEVI disminuida, con corrección de dichas alteraciones al alta.

Juicio clínico: Síndrome de Tako-Tsubo.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo, miopericarditis, disección aórtica, tromboembolismo pulmonar, neumotórax, osteocondritis, patología digestiva.

Comentario final: El síndrome de Takot-tsubo fue descrito en Japón. Afecta más a mujeres entre los 60-80 años y va precedido de un estrés físico o psíquico. Clínicamente se define como un síndrome coronario agudo, con cambios electrocardiográficos (elevación del ST, ondas Q, ondas T negativas) y elevación de enzimas de daño miocárdico. El ecocardiograma muestra disfunción del VI con acinesia de segmentos apicales; y el cateterismo muestra coronarias normales. Todas las alteraciones son transitorias y reversibles, con normalización electrocardiográfica, enzimática y de la función ventricular a las 4-8 semanas.

Bibliografía

1. Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, et al. Harrison, principios de medicina interna. McGraw Hill, 16^a ed, 2005:2773-6.
2. Sabaté Cintas V, Pablos Herrero E. Síndrome de Tako-Tsubo, la cardiopatía fantasma. Actualización en medicina de familia. 2011.

Palabras clave: *Tako-Tsubo. Coronario. Torácico. Mujer.*