



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1378 - Tengo el corazón roto

P. Barbero Barbero^a, M.S. Pedromingo Kus^b, F. Attardo^c, S. Contreras Alonso^c y F.J. Motilva Peralta^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Ávila Sur-Este. Ávila. ^bMédico Internista. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila. ^dMédico de Familia. Centro de Salud de Navalunga. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 41 años, sin FRCV y con antecedentes de mastopatía fibroquística, migraña y cirugía de nódulo en mama derecha y dos cesáreas. En tratamiento con escitalopram 10 mg/día y sumatriptan. Acude a Urgencias por dolor torácico opresivo de intensidad creciente, disnea e irradiación a brazo izquierdo y mandíbula, sin cortejo vegetativo, ni palpitaciones, mientras se encontraba en reposo. Importante estrés laboral los últimos meses. Sin episodios similares previos.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril; TA 118/76; SatO₂ 99%. AC: rítmica, soplo holosistólico en foco mitral. Resto normal. Analítica destaca primera troponina de alta sensibilidad de 19,9. Se repite a las 3 horas con resultado de 1.893,7. Rx tórax portátil normal. ECG: Elevación del punto J con T picuda generalizada excepto ligera infradesnivelación de ST en aVL. Se administra AAS 300 mg, clopidogrel 300 mg, Clexane 60 mg, pantoprazol 40 mg y cafinitrina sublingual, con la cual cede completamente la clínica pero no se producen cambios eléctricos. Se decide ingreso en UCI, manteniendo tratamiento para SCA y solicitando cateterismo urgente. La paciente se encuentra asintomática y revierten los cambios en el ECG. Coronariografía: coronarias sin lesiones significativas. Disquinesia en casquete apical con FEVI conservada. Ecocardiograma: sin alteraciones de la contractilidad global ni segmentaria. Tras el alta, se realiza RM cardíaca, concluyendo: VI no dilatado con hipoquinesia grave en segmentos distales de cara inferior, anterolateral y septo.

Juicio clínico: SCA con arterias epicárdicas sin lesiones angiográficas. Enfermedad de Takotsubo.

Diagnóstico diferencial: IAM.

Comentario final: El 2% de los SCA corresponden realmente a otra entidad diagnóstica conocida como enfermedad de Takotsubo. La ET se caracteriza por la disfunción transitoria del ventrículo izquierdo, el cual presenta un patrón de movimiento único, anormal y no explicable por enfermedades como isquemia coronaria, lesión valvular aórtica o miocarditis. Estos pacientes presentan signos y síntomas clínicamente idénticos al SCA, junto con alteraciones electrocardiográficas y elevación de biomarcadores cardíacos. Ocurren con mayor frecuencia en mujeres entre los 50 y 70 años, como es el caso que describimos, y es precipitado generalmente por estrés físico o psicológico severo. Ni la etiología ni los mecanismos fisiopatológicos exactos de la ET son claramente conocidos.

Bibliografía

1. Sharkey SW, et al. Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. Circulation. 2011;124:e460-2.

Palabras clave: Dolor. Takotsubo. IAM. SCA.