Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):18

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2402 - De la nada al todo de Golpe

Á. Ortuño Nicolás[a], M.B. Anguita Tirado[a], I.M. Marín Morales[b], L.M. Liarte Legaz[a], A. Bernabeu Fernández[c], A. Eni[a], J.F. Arenas Alcaraz[d], J. Jiménez Arnau[d], C. Ramírez Tirado[d] y J. Torrecillas Sequi[d]

[a]Médico Residente; [c]Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [d]Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años que no había ido al médico prácticamente nunca acude por fiebre por una ITU, presenta una intolerancia digestiva a furantoína y que de repente ingresa con una sepsis urinaria por *E. coli* con bacteriemia. Todo este estrés físico y emocional le provoca un dolor torácico con elevación del segmento ST y ligero aumento de troponinas y CK-MB. La Ingresan en UCI porque comienza con disfunción ventricular izquierda transitoria con riesgo de insuficiencia cardiaca. DM tipo II, DLP, HTA.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, CyO, NH, NC. NRL: no rigidez de nuca, PICNRB, no signos de focalidad neurológica. AC: rítmica y sin soplos audibles. Dolor torácico. AP: eupneica, MVC, no ruidos patológicos. AB: ByD, no signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias, ruidos hidroaéreos conservados, PPRI positiva. EEII: no edemas, no signos de IVP, ROT y sensibilidad conservadas, pulsos palpables y simétricos. TAC: adenoma suprarrenal. Calcificaciones pielocaliciales izquierdas con hidronefrosis grado 3 y colocación de catéter doble J izquierdo. Coronariografía sin lesiones en tronco común y descendente anterior ni circunfleja. ECG: elevación del segmento ST y alteraciones de la repolarización. Ecocardiograma: balonización apical con discinesia de dicha zona. Tratamiento: se suele tratar como un IAM: AAS, clopidogrel, estatinas, b-bloqueantes, insulina, iotrópicos, IECAs, glucocorticoides, ansiolíticos.

Juicio clínico: Miocardiopatía balonizante apical de Takotsubo.

Diagnóstico diferencial: IAM. Pericarditis, insuficiencia cardiaca, angor de esfuerzo.

Comentario final: Descrita por primera vez en los años noventa en Japón es una cardiopatía que se suele dar más frecuentemente en mujeres, pacientes añosos, diabéticos y obesos. Suele desencadenarse por un fuerte estrés físico, psicológico o emocional. Suele haber dolor torácico y una balonización apical del ventrículo izquierdo con elevación del segmento ST y ligera elevación de enzimas cardiacas que puede llevar a una insuficiencia cardiaca transitoria que precise ingreso en UCI. En general tiene buen pronóstico y habitualmente la IC suele rondar el 30% sobre todo en pacientes con mas comorbilidades y peores clases funcionales previas, aunque también se han descrito casos de shock cardiogénico (10%).

Bibliografía

1. Núñez Gil IJ, Luaces Méndez M, García-Rubira JC. Cardiopatía de estrés o síndromes de Takotsubo: Conceptos actuales. Rev Arg Cardiol. 2009;77:218-23.
2. Gianni M, Dentali F, Grandi AM, Sumner G, Hiralal R, Lonn E. Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy:a systematic review. Eur Heart J. 2006;27:1523-9.
3. Laraudogoitia Zaldumbide E, Pérez-David E, Larena JA, Velasco del Castillo S, Rumoroso Cuevas JR, Onaindia JJ, et al. Utilidad de la resonancia magnetica cardiaca en el diagnostico de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo y coronarias normales. Rev Esp Cardiol. 2009;62:976-83.

Palabras clave: *Dolor torácico. Estrés emocional o físico. IAM.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.