



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

## 242/1648 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO

E. López Mostazo<sup>a</sup> y P. Hermoso Oballe<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez-Sur. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algarrobo. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 89 años con HTA en tratamiento, déficit de Vit B12 en tratamiento parenteral, enfermedad renal crónica estadio III, hiperparatiroidismo. Acude a nuestro servicio de urgencias traída por DCCU por presentar de forma súbita mareos y pérdida de conocimiento posterior de unos 30 minutos de duración. Durante el traslado al hospital presenta cuadro convulsivo tónico clónico con estado poscrítico. Niega otros síntomas.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su ingreso agitada sin respuesta a órdenes. No se observan déficit motores ni focalidad de pares craneales. No IY. Ritmo de galope a unos 107 lpm, soplo sistólico. Ventilación pulmonar con crepitantes basales derechos, abdomen normal, pulsos femorales simétricos, no edemas. ECG: RS, BAV 1, elevación de ST 1-3 mm en cara anterior (V2-5), signos de isquemia subendocárdica en cara lateral. Posteriormente negativiza onda T en precordiales, DI y aVL. Rx de tórax: cardiomegalia y elongación aórtica. Congestión hiliar bilateral. Analítica: troponina 0,016, bioquímica normal, hemograma con leucocitosis, dímero D 1,20, resto normal. TAC de cráneo: discreta atrofia corticosubcortical. Ecocardiograma: VI ligeramente hipertrófico, tamaño normal con aquiescencia anteroseptoapical y disfunción sistólica global moderada (FE 41%). Insuficiencias mitral y aórtica leves. Resto sin alteraciones. Cateterismo cardíaco coronarias sin lesiones significativas.

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

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome coronario agudo y ictus.

**Comentario final:** El síndrome de Tako-Subo se engloba clínicamente en ocasiones en un grupo más amplio que comprende los conocidos como síndromes coronarios agudos sin lesiones significativas en el angiograma coronario. Esta situación, que incluye enfermedades de etiología muy heterogénea, no es un problema infrecuente en la práctica clínica habitual. De hecho, puede suponer entre el 7 y el 32% de las mujeres y entre el 6 y el 12% de los varones que ingresan con sospecha de infarto. Cuando se determina la etiología final, el espectro es amplio y oscila desde causas desconocidas a miocarditis, pasando por vasospasmo, infarto aterosclerótico propiamente dicho y un número nada desdeñable de casos en que el diagnóstico final es síndrome de Tako-Tsubo, lo que se observa en más del 10% de los casos.

### Bibliografía

1. <http://www.revespcardiol.org/es/síndrome-tako-tsubo-e-insuficiencia-cardiaca/articulo/90156795/>

**Palabras clave:** SCACEST. Tako-Tsubo.