



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

421/54 - ¡DOCTORA, ME HAN DICHO QUE TENGO EL CORAZÓN ROTO!

A. Carpio Carrera¹, A. Ocaña Padilla², T. Rama Martínez³, N. López Pareja¹, E. Albià Real⁴, R. Bonich Juan⁴

¹Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Congrés. Barcelona. ²Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Ocata-Tejà. El Masnou. Barcelona. ³Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona. ⁴Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Vic Nord. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso/Descripción del caso: Mujer de 71 años, exfumadora, sin otros hábitos tóxicos. Antecedentes personales: carcinoma escamoso de amígdala tratada con quimioterapia (QT), bocio multinodular tratado con radioterapia e hipotiroidismo posterior, insuficiencia renal crónica (IRC) secundaria a QT, hipertensión arterial. Enfermedad actual: Inicia cuadro la noche anterior, tras un disgusto, de dolor abdominal en epigastrio con irradiación centrotorácica, no opresivo, acompañado de sudoración y náuseas.

Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias: Electrocardiograma: taquicardia sinusal con Q inferior y septal, elevación ST de 1 mm inferior y en V5-V6. T negativa profunda en dichas derivaciones y escasa progresión de R en precordiales, morfología de bloqueo de rama derecho incompleto, QT ligeramente alargado. Se deriva a urgencias del hospital de referencia. Analítica IRC, resto normal. Ecocardiograma, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ligeramente deprimida con aquinesia inferior-medioapical y probable segmentarismo también anterior, sin valvulopatías ni derrame. Cardioresonancia nuclear magnética: ligera disfunción ventricular izquierda. Edema miocárdico difuso de predominio medio-apical. Ausencia de isquemia y necrosis miocárdica. Coronariografía sin lesiones significativas. FEVI 50%, hipoquinesia inferoapical con relajación precoz inferior.

Judici clínic/Juicio clínico: Síndrome de Tako Tsubo (STK).

Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio, angina inestable, aneurisma disecante de aorta, embolia pulmonar, cuadros abdominales agudos, neumotórax espontáneo.

Comentari final/Comentario final: El síndrome STK, o corazón roto, es una miocardiopatía de estrés. Debuta de manera similar al síndrome coronario agudo, con electrocardiograma y elevación de biomarcadores de necrosis miocárdica alterados, por daño miocárdico transitorio. La coronariografía no presenta estenosis. Produce una disfunción ventricular, predominantemente izquierda reversible. El 85% son mujeres posmenopáusicas, con estrés emocional o físico repentino que causa una liberación excesiva de adrenalina. Se dan formas típicas como atípicas e incluso en pacientes con cardiopatía isquémica previa. El pronóstico generalmente benigno, suele cursar con clínica de insuficiencia cardíaca (IC) durante la fase aguda, con una mortalidad hospitalaria menor al 5%. La recuperación de la contracción del corazón suele ser completa y al cabo de unas semanas. La IC, más frecuente en los pacientes con más comorbilidades y peores clases funcionales previas, se asocia a más eventos a largo plazo. Predictores independientes de buen pronóstico son la edad avanzada y los desencadenantes emocionales. Factores predictores relacionados con mayores tasas de complicaciones: desencadenante físico, enfermedad aguda neurológica o psiquiátrica, primera determinación

de troponina por encima de 10 veces el límite superior normal y una FEVI inicial 45%. No hay tratamiento estándar, básicamente inhibidores angiotensina, betabloqueantes o diuréticos. El objetivo es recuperar la función cardíaca, reducir el estrés sobre el miocardio y disminuir el exceso de líquido que se haya podido acumular.

Bibliografia/Bibliografía

Iván J, Núñez-Gil, María Molina, Síndrome de tako-tsubo e insuficiencia cardíaca: seguimiento a largo plazo. Rev Esp Cardiol. 2012;65:996.

Pérez-Castellanos A, Martínez-Sellés M, Mejía-Rentería H. Tako-tsubo Syndrome in Men: Rare, but With Poor Prognosis. Rev Esp Cardiol (Eng Ed). 2018;71(9):703-8.

Kalra DK, Lichtenstein SJ, Bai C, Parekh K, Takotsubo cardiomyopathy in a man with no trigger and multiple cardioembolic complications-A rare constellation. Echocardiography. 2019;doi: 10.1111/echo.14333