



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1824 - SÍNDROME DE TAKO-TSUBO... ¿QUIÉN ME VA A CURAR EL CORAZÓN PARTÍO?

R. Sendino del Olmo^a, M. Pinel Monge^b, A. Delgado Yáñez^c y E. Zorrilla Amirola^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Aranbizkarratza 1. Álava. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Habana-Cuba. Álava. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Habana-Cuba. Vitoria-Gazteiz. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. OSI Araba. Vitoria-Gasteiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 82 años acude a urgencias por mareo, náuseas y síncope con relajación de esfínteres. Refiere situación de estrés emocional por fallecimiento de su marido hace 1 mes. AP; HTA. Dislipemia. Ingresos en cardiología por síncopes vasovagales, con eco cardiografía y eco en TSA sin hallazgos significativos. Trastorno adaptativo con ansiedad. Tratamiento; enalapril/hctz 20/12,5 mg 1/24h.

Exploración y pruebas complementarias: TA 116/74 65 lpm. Ac; rítmica soplo sistólico. Ap; crepitantes finas base izquierda. EKG; rs 76 lpm. T negativas profundas y generalizadas de V2-V6 y en cara inferior. Analítica; destacamos TNL ultrasensible; 2515, BNP; 500. Se administra AAS 250 mg y clopidogrel 600 mg. ETT; VI no dilatado con ligera HVI. Acinesia/discinesia de los segmentos apicales y acinesia parcial de los segmentos medios. Patrón de alteración de la relajación con criterios de disfunción diastólica. Coronariografía; sin lesiones significativas. RM; sugiere miocardiopatía Tako-tsubo; acinesia/discinesia de los segmentos apicales. Durante el ingreso en cardiología se mantiene asintomática monitorizada por prolongación de QT, sin arritmias ventriculares con normalización posterior de QT.

Orientación diagnóstica: Síndrome Tako-tsubo.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo.

Comentario final: El síndrome de Tako-tsubo es una miocardiopatía aguda, reversible, capaz de producir los mismos síntomas que un infarto, con elevación de biomarcadores y alteraciones electrocardiográficas isquémicas. La presencia de arterias coronarias sin obstrucciones significativas y la forma típica en la ventriculografía, junto con la ulterior recuperación total del ventrículo apoyan el diagnóstico. Se observa generalmente en mujeres posmenopáusicas y es frecuente la presencia de una situación estresante, tanto física como emocional. El tratamiento, empíricamente, es similar al del infarto agudo de miocardio, con especial atención en la introducción de betabloqueantes y anticoagulación.

Bibliografía

1. Sato H, Tateishi H, Uchida T. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. En: Kodama K, Haze K, Hon M, eds. Clinical Aspect of Myocardial Injury: From Ischemia to Heart Failure. Tokyo: Kagakuhyouronsya Co; 1990. p. 56-64.

-
2. Nunez-Gil JJ, Fernández-Ortiz A, Luaces Mendez M, et al. Apical transient dyskinesia (TakoTsubo cardiomyopathy): a five-year clinical experience in Caucasians. Eur Heart J 2008;29(abstract supplement):53.

Palabras clave: Síndrome de Tako-tsubo.