



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 424/1839 - NO ES LO QUE PARECE

A. García Elez, M. Prieto Carnicer, A. Bonaplata Revilla y N. Bellet Lafarga

Médico de Familia. Centro de Salud Abrantes. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 75 años; demanda asistencia por dolor abdominal y lumbar intenso que irradia a región centro-torácica de carácter opresivo de horas de evolución; refiere náuseas, presenta sudoración profusa, sensación de disnea y palpitaciones.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: impresiona ansiedad, no colaboradora. PA: 129/88 mmHg. FC: 71 lpm. SatO<sub>2</sub>: 95%. AC: rítmica, alguna extrasístole. Exploración abdominal normal. ECG: fibrilación auricular (no descrita). Se remite a urgencia hospitalaria. Analítica: CK: 157 mU/mL; Troponina T: 772,2 ug/L. ECG: sin alteraciones. Sospecha de síndrome coronario agudo (SCA), infarto agudo de miocardio (IAM) no Q. Ecocardiografía transtorácica: aquinesia medio distal de todas las caras. FEVI: 40% (moderadamente deprimida). Coronariografía normal. Cardio RMN: edema de predominio medio-apical y ausencia de realce tardío.

**Orientación diagnóstica:** Miocardiopatía de estrés (Takotsubo).

**Diagnóstico diferencial:** Patología con alteración de ST sin enfermedad coronaria: SCA por consumo de cocaína, angina vasospástica, feocromocitoma y miocarditis.

**Comentario final:** Incidencia 1-2% de pacientes con troponinas positivas y sospecha de IAM o síndrome coronario sin elevación de ST (SCASEST). Síndrome caracterizado por disfunción regional transitoria del ventrículo izquierdo; simula un infarto, sin evidencia angiográfica de obstrucción coronaria o rotura aguda de placa de ateroma. Presentación aguda; riesgo vital por complicaciones. Curso benigno. Mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas. Desencadenante: estrés psíquico o emocional. Se asocia a patología psiquiátrica. Sospechar si las manifestaciones clínicas y alteraciones electrocardiográficas no guardan relación con alteración de marcadores cardíacos, y no obstrucción coronaria. Tratamiento: betabloqueantes (indefinidos) evitan recurrencias; inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) (fase aguda), por disfunción ventricular transitoria. Nunca hay que alterar el manejo del SCA aun sospechando miocardiopatía de estrés.

## Bibliografía

1. Registro Nacional multicéntrico sobre síndrome de Takotsubo. Disponible en: [www.retako.com](http://www.retako.com).
2. Guy S. Reeder, MD. Abhivam Prassala, MD. Miocardiopatía de Takotsubo. Uptodate 2018.

**Palabras clave:** Síndrome coronario. Takotsubo.