

424/3922 - CORAZÓN ROTO

V. González Guillén¹, E. Marín Gracia², B. Cabañuz Plo³ y S. Sánchez Casas¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José. Zaragoza. ²Médico de Familia. Hospital General de la Defensa. Zaragoza. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años que, tras el fallecimiento de su marido el día anterior, acude a su MAP por dolor epigástrico, malestar general, náuseas, un vómito y diaforesis de varias horas de evolución. Su MAP lo asocia a posible ansiedad pero, ante la persistencia de la sintomatología, decide remitirla a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física, presenta tensión arterial de 115/70 mmHg, saturación de oxígeno a 97% y frecuencia cardiaca de 100 lpm. Electrocardiograma con ritmo de fibrilación auricular a 115 lpm, discreta elevación del punto J en V2 y ondas T negativas en V4-V6, I y aVL. Radiografía de tórax sin hallazgos. Analítica sanguínea con CPK 208 UI/l, mioglobina 97 ng/dl, troponina T 488 ng/ml y proBNP 8.500 pg. Ante la sospecha de un síndrome coronario agudo (SCA), la paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos. Allí se le realiza un ecocardiograma transtorácico, con acinesia anteroseptal, septal y apical con FEVI 38%, y un cateterismo cardíaco (coronariografía con coronarias epicárdicas sin estenosis y ventriculografía con hipercontractilidad de segmentos basales y ápex y segmentos medios aquinéticos), ambos compatibles con miocardiopatía de Takotsubo. Durante su ingreso, la paciente presenta mejoría clínica, descenso de enzimas cardíacas y normalización del electrocardiograma.

Orientación diagnóstica: Cardiomiopatía de Takotsubo.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo.

Comentario final: La cardiomiopatía de Takotsubo se distingue por disfunción sistólica aguda y transitoria de los segmentos apical y medio del ventrículo izquierdo (VI), con un patrón de movimiento único, anormal y no explicable por enfermedades. Es reversible, con restauración de la función cardíaca (normalización electrocardiográfica y recuperación del VI). Afecta más frecuentemente a mujeres posmenopáusicas y suele precederse de un desencadenante emocional o físico. Inicialmente subdiagnosticada por tener clínica, electrocardiograma y biomarcadores similares al SCA. Los biomarcadores de diagnóstico con mayor elevación son el BNP o proBNP. Las troponinas I y T y la CPK también suelen aumentar, aunque a concentraciones más bajas que en el SCA. El diagnóstico suele confirmarse tras la verificación de ausencia de enfermedad coronaria mediante una coronariografía urgente. En la ventriculografía suele haber una FEVI de 20-39% que mejora tras días o semanas.

Bibliografía

1. Morales-Hernández AE, Valencia-López R, Hernández-Salcedo DR, Domínguez-Estrada JM. Síndrome de Takotsubo. *Med Int Méx.* 2016;32(4):475491.

Palabras clave: Takotsubo. Síndrome coronario agudo. Dolor torácico.