

424/1439 - SÍNDROME DE TAKOTSUBO

E. Rivera Mayoral¹, S. Álvarez Mesuro², M. Menéndez Argüelles³ y J. Zarauza Pellejero¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón 42 años, antecedentes: cirrosis hepática enólica, hipertensión portal, episodios de pancreatitis agudas. Acude por epigastralgia irradiada a región supraclavicular e interescapular, con cortejo vegetativo, sin fiebre. Disminución de apetito, pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 162/107 mmHg. Frecuencia cardiaca: 138 lpm. Abdomen: defensa voluntaria en epigastrio e hipocondrio derecho. Electrocardiograma (ECG) ritmo sinusal, T negativa en I, II, avL, V2-V6 no conocidas. Ante la sospecha de síndrome coronario agudo se deriva a Urgencias Hospitalarias. Analítica: GGT: 82; amilasa: 240; lipasa: 243; leucocitos: 19,500; 87% de neutrofilia. Proteína C reactiva: 32; ferritina: 861; perfil cardiaco normal. Radiografía tórax y abdomen normales Tomografía computarizada abdominal: edema difuso pancreático y grasa peripancreática, compatible con pancreatitis aguda.

Orientación diagnóstica: Pancreatitis aguda con amilasemia normal y alteraciones electrocardiográficas sugerentes de miocardiopatía de estrés.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo. Ulcus. Síndrome aórtico. Colecistitis.

Comentario final: El síndrome de TakoTsubo, es una miocardiopatía reversible que simula un síndrome coronario agudo (SCA): dolor precordial anginoso, cambios electrocardiográficos, aumento de enzimas miocárdicas en ausencia de obstrucción coronaria en la angiografía (controversia sobre obligación de realizarla) y ecocardiograma con disquinesia apical del ventrículo izquierdo, que normaliza en pocos días. El 85% es en mujeres posmenopáusicas sin factores de riesgo, por estrés emocional o físico repentino. Supone 1% de las sospechas de SCA. Teorías etiológicas: Daño miocárdico directo por catecolaminas tras desencadenante estresante, que produce obstrucción dinámica del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) en pacientes predispuestos (septo sigmoideo y tracto estrecho). Espasmo coronario local o multivaso. Alteraciones de microvascularización. ECG similar al SCA: Elevación ST (90%) y T negativa en precordiales (44%), onda Q (15-27%). No imagen especular. Su sospecha evita la administración de fibrinolítico/realización de cateterismo. Tratamiento: betabloqueantes o alfa-adrenérgicos, e IECAS, disminuyen el gradiente dinámico que genera en el TSVI durante la fase aguda, y previene recurrencias. Complicaciones: arritmias ventriculares (9%), bradicardia severa (10%), insuficiencia cardiaca congestiva (22%), shock cardiogénico (5%). Mortalidad 1-3%. Pronóstico favorable, recuperación en 2-3 días y normalización de ECG en un mes.

Bibliografía

1. Reeder GS, Prasad A. Clinical manifestations and diagnosis of stress (takotsubo) cardiomyopathy. [Internet]. Waltham, Mass.: UpToDate, 2019 (Acceso Julio 4, 2019). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-stress-takotsubo-cardiomyopathy>

Palabras clave: Miocardiopatía estrés. Pancreatitis. Takotsubo.