

424/1876 - SÍNDROME TE TAKO-TSUBO: UN GRAN IMITADOR

S. de Samaniego Asenjo, C. Montañes Latorre y C. Pujol Gost

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Palamós. Girona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años acude a urgencias de AP por dolor torácico tras discusión familiar. Antecedentes personales: dislipemia, ictus, depresión y fibromialgia. No hábitos tóxicos. Tratamiento: alprazolam 1 mg, trazodona 100 mg/24h, bupropion 300 mg/24h, lorazepam 1 mg, desvenlafaxina 100 mg/24h, AAS 100 mg, ezetimiba 10 mg/24h. En seguimiento por psiquiatría. Tras ECG por sospecha de SCACEST es derivada a Urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneica. FC 65x/min, T^a:35 °C, TA 142/95. Auscultación cardiopulmonar normal. ECG: ritmo sinusal con alargamiento de ST y ligera elevación en V1-V2 Curva de marcadores miocárdicos: positivos (TnThs 694) Coronariografía: sin lesiones en arterias epicárdicas. Ventriculografía: acinesia de segmentos medios con hipercontractibilidad de segmentos basales y apicales. Ecocardiografía: ventrículo izquierdo acinético y disfunción sistólica. FEVI 46%.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Tako-Tsubo.

Diagnóstico diferencial: IAM, disección aórtica, pericarditis, miocarditis, angina de Prinzmetal.

Comentario final: El síndrome de Tako-Tsubo, discinesia apical transitoria o cardiopatía por estrés, fue descrito en 1990. Su nombre proviene de una jaula japonesa para pescar pulpos que asemeja la balonización temporal que adopta el ventrículo izquierdo durante la sístole, por la hipocinesia, acinesia o discinesia apical, e hipercontractibilidad basal. El 1-2% de pacientes que presentan troponinas positivas en un SCA tienen esta cardiopatía, más frecuente en mujeres posmenopáusicas. Factores de riesgo: estrés físico, psíquico o desencadenantes neurológicos que provocan una cascada catecolaminérgica. De carácter benigno, aunque presenta más complicaciones iniciales que el IAM, pero mejor pronóstico a corto y medio plazo. Se presenta con clínica de dolor torácico retroesternal opresivo acompañado de vegetatismo. El 90% de los ECG muestra elevación del ST transitoria en cara anterior, y la coronariografía, no presenta alteraciones en las arterias epicárdicas. Es importante para los médicos de AP conocer este síndrome recientemente descrito y manejar la patología, con el uso de betabloqueantes, ansiolíticos, evitar los vasodilatadores, mantener una frecuencia cardiaca en límites bajos, vigilar las hipovolemias y sobre todo, el estrés.

Bibliografía

1. Peters MN, George P, Irimpen AM. The broken heart syndrome: Takotsubo cardiomyopathy. Trends Cardiovasc Med. 2015;25:351-7.
2. Morales-Hernández AE, Valencia-López R, Hernández-Salcedo DR, Domínguez Estrada JM. Síndrome de Tako-Tsubo. Med Int Méx. 2016;32:475-91.

Palabras clave: Cardiomiopatía Tako-Tsubo. Dolor en el pecho. Discinesias.