



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

## 482/959 - MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS, TAKOTSUBO

V. López de Priego García<sup>1</sup>, M. Cano Talavera<sup>2</sup>, M. Gámiz Gámiz<sup>3</sup> y M. Generoso Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. <sup>3</sup>Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 69 años residente extracomunitario con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y síndrome ansioso-depresivo en tratamiento psiquiátrico, sin hábitos tóxicos. Presentó dolor opresivo centrotorácico en reposo de hora y media de evolución, irradiado a hombro izquierdo acompañado de cuadro vegetativo sin disnea o palpitaciones. Al día siguiente aparecieron los mismos síntomas con sus actividades cotidianas hasta que se intensificó por la tarde motivo por el que acude a urgencias de Atención Primaria. La paciente refiere haber estado muy estresada con reformas que estaba realizando y varias discusiones con su pareja. Se realiza electrocardiograma sin elevación de ST. Se establece orientación diagnóstica de síndrome coronario agudo sin elevación de ST(SCASEST) y se deriva a urgencias hospitalarias donde se realiza curva de troponinas con pico en 4.556 ng/dl. Se ingresa en Cardiología y durante su estancia presenta nuevo episodio de dolor torácico a pesar de tratamiento con doble antiagregación y fondaparinux. Ingresa en Cuidados intensivos y mejora el dolor con perfusión de nitroglicerina. Tras pruebas complementarias y tratamiento permanece estable hemodinámicamente sin signos de insuficiencia cardíaca, eventos arritmogénicos y sin dolor.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración anodina. Electrocardiograma: ritmo sinusal 89 lpm, intervalo PR normal, intervalo QRS estrecho, eje izquierdo, intervalo ST isodisfásico con onda T negativa en todas las precordiales y cara inferior. Intervalo QT corregido 487 mseg. Radiografía tórax: índice cardiotorácico normal sin otros hallazgos. Cateterismo coronario: Arterias coronarias epicárdicas sin estenosis angiográficas apreciables. Diagnóstico infarto agudo de miocardio con arterias coronarias no obstruidas (MINOCA). Ecocardioscopia: destaca aquinesia apical con fracción de eyección conservada.

**Orientación diagnóstica:** Se establece finalmente diagnóstico de miocardiopatía de estrés-Takotsubo ante la ausencia de lesiones coronarias significativas, alteración segmentaria apical por imagen y acumular gran estrés previo al evento.

**Diagnóstico diferencial:** MINOCA vs. infarto isquémico de miocardio.

**Comentario final:** La miocardiopatía por Takotsubo es una patología poco frecuente a sospechar sobre todo en mujeres que han sufrido una situación estresante o traumática sin factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Nuestra paciente si presentaba FRCV pero se encontraba en una situación continua de estrés sobreañadida al síndrome ansioso-depresivo que ya sufría.

### Bibliografía

1. Beltrame J.F. Assessing patients with myocardial infarction and non obstructed coronary arteries (MINOCA). *J Intern Med.* 2013;273:182-5.

**Palabras clave:** SCASEST. MINOCA.