



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3495 - VÉRTIGO PERIFÉRICO (V.P.) Y POSIBLE SÍNDROME DE TAKOTSUBO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Á. Rodríguez de Cossio<sup>a</sup>, R. Rodríguez Sánchez<sup>b</sup>, M. Merino Pella<sup>a</sup>, G. Rufino Portillo<sup>a</sup>, M. Justicia López<sup>a</sup>, D. Pérez Manchón<sup>c</sup>, J. Figueroa Alchapar<sup>a</sup>, E. Paralelo Muñoz<sup>c</sup>, L. Ibáñez Aparicio<sup>d</sup> y P.R. Herrea Ventura<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>DUE; <sup>d</sup>Enfermero. Centro de Salud Villanueva de la Cañada. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pintores. Parla. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 79 años traída por un familiar, por mareo y sensación de inestabilidad desde hace 1 hora. Un familiar médico que ha presenciado el episodio refiere rigidez muscular, desconexión del medio y habla reiterativa “que me caigo”. No afasia motora, ni sensitiva. No focalidad, ni pérdida de esfínteres. A su llegada al (C.S.) presenta mareo, inestabilidad y náuseas. Se encuentra opositora ante cualquier orden motora sencilla (“no puedo, no puedo”). Refiere ayer un episodio nerviosismo intenso. Antecedentes de DM tipo II, FA.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 155/72, SO<sub>2</sub>: 96%, FC: 60 lpm. ACP: normal. Exploración neurológica: Glasgow 15/15, desorientada en tiempo, no colaboración con órdenes motoras, resto normal. EKG: FA 60 l/minutos, ondas T negativas no presentes en EKG previos. Hemibloqueo anterior de rama ida, bloqueo completo de rama derecha. Se deriva a urgencias para valoración. Urgencias: troponina 0,08 y dado que es diabética y EKG: HARI, es valorada por cardiólogo de urgencias. Rx de tórax: sin alteraciones significativas. RNM cerebral: enfermedad vascular de vasos pequeños calibre. No alteraciones agudas. ETT: VI no dilatado con, hipoaquinesia de todos los segmentos apicales. Función sistólica global normal. Aunque no ha presentado clínica de ángor, pero tiene factores de riesgo cardiovascular, con alteración de EKG, troponina límite alto, ecocardiograma: hipoaquinesia apical y FEV conservada en el contexto de cuadro intenso vertiginoso, se realiza Coronariografía: arterias coronarias epicárdicas sin estenosis, disquinesia de segmentos mediales en caras anterior, lateral, septal, y FEVI (30%). Buena evolución, alta hospitalaria con tratamiento ansiolítico, antivertiginoso.

**Juicio clínico:** Síndrome de Takotsubo. V.P.

**Diagnóstico diferencial:** IAM, feocromocitoma.

**Comentario final:** El síndrome de Takotsubo fue descrito en Japón (1990) con clínica y analítica similar a síndrome coronario. Pruebas de imagen afectación en la motilidad del V.I. que incluye varios territorios coronarios con coronariografía sin lesiones obstructivas responsables del cuadro. Las alteraciones segmentarias suelen recuperarse en unos días y en muchos casos es por situación estresante previa. Frecuente en mujeres > 55 años y ansiedad. Tiene buen pronóstico pero hay que estratificar el riesgo del paciente pues en fase aguda puede haber complicaciones sobre todo

personas ańosas. Registro nacional de casos: RETACO.

### **Bibliografía**

1. Sánchez Llanos, et al. Síndrome de Tako Tsubo. Rev Clín Med Fam. 20104;3:127-30.

**Palabras clave:** *Takotsubo. Cardiomiopatía por estrés. Síndrome coronario agudo.*