



242/2664 - ENFERMEDAD DE TAKO TSUBO

M. Mora Sánchez^a, S. Gredilla Pereda^b, R. Pérez López^c, M. Ruiz Gutiérrez^d y J. López González^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla 1. Valladolid.

^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Valladolid.

^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Valladolid.

^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canterac. Valladolid.

^eResidente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla 1. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años, sin factores de riesgo cardiovascular, acude a urgencias por presentar un cuadro clínico de dolor centro torácico opresivo de gran intensidad de 20 minutos de duración, sin irradiación, ni cortejo vegetativo. Refiere probable relación con problema familiar estresante.

Exploración y pruebas complementarias: Al ingreso ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Analítica: troponina T hs: 15,21. Control a las 5 horas: ECG: Negativización de V4 y V5 con T isodifásica en V2, V6 y en I y AVL. Seriación enzimática: troponina T hs: 681,8. Estudio de la paciente. Cateterismo cardiaco: se realiza coronariografía diagnóstica y se evidencian arterias coronarias epicárdicas normales. Se realiza ventriculografía con evidencia de acinesia apical con FEVI conservada. Ecocardiograma sin alteraciones significativas. Resonancia cardíaca: Función ventricular recuperada con signos de edematización en resolución, compatible con discinesia apical transitoria.

Juicio clínico: Miocardiopatía catecolaminérgica. Síndrome de Takotsubo.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

Comentario final: El síndrome de tako-tsubo, o discinesia apical transitoria, fue descrito en Japón por Sato y al. en la década de 1990. Se presenta con dolor de tipo anginoso, y típicamente afecta a mujeres posmenopáusicas, sin factores de riesgo cardiovascular, en relación con una situación de estrés. Electrocardiográficamente la alteración más frecuente es la elevación del ST, y las enzimas de daño miocárdico, se pueden encontrar elevadas. En el ecocardiograma se observa una acinesia anteroapical del VI con disminución de la FEVI. La coronariografía descarta lesiones significativas, y junto a la ventriculografía, constituyen las pruebas diagnósticas de elección. Suele presentar un curso benigno y a las pocas semanas se puede observar la recuperación de la contractilidad del VI en un ecocardiograma de control. El caso presentado cumple con los criterios diagnósticos de esta entidad y se presentó clínicamente de forma típica, con dolor torácico sugestivo de SCA después de situación de estrés emocional. Se inició tratamiento con beta bloqueantes y AAS (ácido acetyl salicílico) como prevención primaria. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Bibliografía

1. Núñez-Gil IJ, Mejía-Rentería HD, Martínez-Losas P. Medicina Clínica. 2016;146(5):212-7.
2. Rueda Sobella F. Medicina Clínica. 2014;143(6):252-5.

Palabras clave: Takotsubo. Estrés.