



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3246 - UN CORAZÓN ROTO

L. Delgado Fernández^a, A. Blanco Mora^b, I. Aguilar López^c, L. Rojas Feixas^d, A. Chica Navas^e y J. García-Revilla Fernández^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rute. Córdoba. ^eMédico de Familia. Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años. Sin antecedentes de interés. Fumadora de un paquete y medio diario. Acude por sensación disneica asociada a episodios de dolor centrotorácico de características opresivas desde hace unos días el cual no relaciona con los esfuerzos ni se modifica con los movimientos. No recorte de diuresis ni edemas. Refiere que se acompaña de cefalea. La paciente comenta que lo relaciona con importantes problemas familiares, y que con la toma de valeriana parece que le mejora.

Exploración y pruebas complementarias: TA 141/75, FC 105, SatO₂ 91%, temperatura 35,6 °C. BEG. COC. Bien hidratada y perfundida. Buena coloración de piel y mucosas. Eupneica en reposo. ACP: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: anodino. Extremidades: no edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios conservados y simétricos. Bioquímica: glucosa 146, urea 27, Cr 0,62, iones normales, T_p 1º) 57,4 y 2º) 56,7. Hemograma: Hb 12,9, leucos 9,92, plaquetas 220. Coagulación: sin alteraciones. Gasometría: pH 7,40, pO₂ 62, pCO₂ 26,6, bicarbonato 18, Sat 92,5. Rx tórax: refuerzo hiliar bilateral. No pinzamiento de senos ni imágenes de condensación. EKG: ondas T negativas en V4-V5-V6. VI de tamaño normal con hipoquinesia de ápex y septoapical con buena movilidad. Resto de segmentos y FV normal. Válvulas normales. No IT. Cateterismo: sin evidencia de lesiones coronarias significativas.

Juicio clínico: Síndrome de Tako-tsubo, Apical ballooning o discinesia apical transitoria.

Diagnóstico diferencial: SCASEST. IAM no Q. Takotsubo.

Comentario final: La miocardiopatía de Takotsubo se caracteriza por una disfunción ventricular izquierda reversible y cambios electrocardiográficos que pueden confundirse con un síndrome coronario agudo. No existe actualmente una teoría clara que explique su fisiopatología. EL 90% son mujeres postmenopáusicas. Su pronóstico es benigno aunque no exento de complicaciones tales como insuficiencia cardíaca y arritmias.

Bibliografía

1. Del Nogal Sáez, et al. Síndrome de tako-tsubo. Discinesia transitoria del ventrículo izquierdo. Presentación de nuestra casuística. Med Intensiva. 2011;35(5):307-11.
2. Núñez Gil I, et al. Caracterización del síndrome de tako-tsubo en España: resultados del registro nacional RETAKO. Rev Esp Cardiol. 2015;68:505-12.

Palabras clave: SCASEST. Takotsubo. IAM no Q. Dolor torácico.