



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3252 - DOLOR TORÁCICO

A. Molina Díaz^a, K. Medina Rodríguez^b y M. Gutiérrez Olascoaga^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Artilleros. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Artilleros. Vicálvaro. Madrid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años, dislipémica en tratamiento con atorvastatina 20 mg, dudosa alergia a AAS, no hábitos tóxicos, IABVD, padres con cardiopatía isquémica a edad temprana. Consulta por cefalea holocraneal, dos vómitos biliosos seguido de dolor precordial, opresivo, sin irradiación ni modificación postural de 4 horas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 126/74 mmHg. FC 76 lpm. FR 16 rpm afebril. Palidez mucocutánea, carótidas rítmicas y simétricas, no ingurgitación yugular, auscultación cardiopulmonar rítmica, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, no edemas y pulsos simétricos. Se realiza ECG con dolor, ritmo sinusal a 76 lpm, PR normal, QS en V1-V2 con elevación del punto J de 1,5 mm, leve descenso del ST < 0,5 mm en DII. Se deriva a Urgencias Hospitalarias, se realiza nuevo ECG sin dolor, con aparición de ondas T negativas profundas en cara anterolateral y prolongación del QT, radiografía AP y L torácica sin hallazgos y analítica destacando bioquímica con LDH 258 U/L y troponina I (TnIc): 1,42, 1,60 y 2,94 sucesivamente. Ingresa con sospecha de SCASEST, doble antiagregación y anticoagulación. Se realiza ecoTT objetivándose VI no dilatado, FEVI normal y alteración en contractilidad segmentaria y coronariografía con arterias coronarias epicárdicas sin lesiones.

Orientación diagnóstica: IAMSEST vs síndrome de disfunción apical catecolaminérgica.

Diagnóstico diferencial: Origen cardiovascular isquémico, no isquémico, gastrointestinal (espasmo esofágico difuso), musculoesquelético.

Comentario final: El Tako-tsubo, más prevalente en mujeres postmenopáusicas, poco frecuente y con síntomas y pruebas complementarias semejantes a IAM. Los autores afirman que un 7% de los pacientes diagnosticados de IM tienen en realidad Takotsubo, de ahí la importancia del correcto diagnóstico ya que es una enfermedad benigna con baja mortalidad y sin tratamiento específico ya que los betabloqueantes no disminuyen la mortalidad intrahospitalaria en estudios retrospectivos.

Bibliografía

1. Núñez Gil IJ, Luaces Méndez M, García-Rubira JC. Cardiopatía de estrés o síndrome de Takotsubo: Conceptos actuales. Rev Arg Cardiol. 2009.

2. Bybee KA, Kara T, Prasad A, et al. Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. *Ann Intern Med.* 2004.

Palabras clave: Dolor torácico. Disfunción apical. Catecolaminérgica.