



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2225 - CORAZÓN ROTO POR UN DISGUSTO: NO SOLO UNA LICENCIA POÉTICA

I. Herrero Uzquiza

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Polígono Norte. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 años que tras una fuerte discusión la tarde del día anterior con la responsable de la Residencia de Ancianos, donde se encuentra su madre, comienza con dolor opresivo a nivel de hemitórax izquierdo, irradiado hacia hombro ipsilateral y abdomen desde hace 16 horas. Acude a nuestra consulta en el Centro de Salud con dolor que fluctúa en intensidad, persistiendo durante nuestra valoración. No síntomas de insuficiencia cardiaca, no palpitaciones, mareo ni síncope. AF: sin interés. AP: Factores de riesgo cardiovascular: exfumadora 30 paq/año, hasta hace 10 años. No antecedentes cardiológicos. Adenomas de colon con elevación de alfa-FP, polipectomía endoscópica, quistes hepáticos y renales, bicitopenia autoinmune.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta: TA 178/108 mmHg. FC 93 lpm. Sat O₂ 99% T^a 35,8 °C. AC: rítmica sin soplos. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos. EEII: sin edemas. No otros hallazgos significativos. EKG: ritmo sinusal a 98 lpm, eje -40°, PR normal, QRS estrecho, pobre progresión de R en precordiales. T bifásica en V2-V3 y negativa en V4-V6, I y aVL. Ante la clínica y el EKG, se remite al servicio de urgencias del hospital, para completar estudio con enzimas de daño cardiaco.

Orientación diagnóstica: Ante un paciente en Urgencias que se presente con dolor torácico y elevación anterolateral del segmento ST debemos pensar: a) Por dolor torácico prolongado: Síndrome coronario agudo (SCA), disección de aorta, pericarditis aguda, dolor esofágico, biliar o pancreático, TEP, neumotórax, muscular o neuropático, síndrome de hiperventilación, psicógeno. Síndrome de Tako Tsubo. b) Por alteración de ST: Infarto agudo miocardio, pericarditis aguda, hipertrofia de VI, bloqueo de rama izquierda, hipercalcemia, hipertensión pulmonar aguda, ictus, síndrome de Brugada, post-cardioversión eléctrica, infiltración neoplásica cardiaca, síndrome de Tako Tsubo.

Diagnóstico diferencial: Por dolor torácico prolongado: Síndrome coronario agudo, disección de aorta, pericarditis aguda, dolor esofágico, biliar o pancreático, TEP, neumotórax, muscular o neuropático, síndrome de hiperventilación, psicógeno. Por alteración de ST: Infarto agudo miocardio, pericarditis aguda, hipertrofia de VI, bloqueo de rama izquierda, hipercalcemia, hipertensión pulmonar aguda, ictus, síndrome de Brugada, poscardioversión eléctrica, infiltración neoplásica cardiaca.

Comentario final: Dentro del SCA existe una entidad poco incidente llamada síndrome de TakoTsubo, que afecta predominantemente a mujeres posmenopáusicas, en la mitad de los casos tras una situación psicológicamente estresante. Caracterizada por dolor torácico anginoso y alteración en la contractilidad. No suelen presentar alteraciones angiográficas, ni ecocardiográficas. Superada la fase aguda (no exenta de mortalidad o complicaciones), suele conllevar buen pronóstico.

Bibliografía

1. Núñez Gil IJ, et al. Caracterización del síndrome de tako-tsubo en España: resultados del registro nacional RETAKO. Rev Esp Cardiol. 2015;68(6):505-12.
2. Watanabe M, Izumo M, Akashi YJ. Novel Understanding of Takotsubo Syndrome. Int Heart J. 2018;59 (2):250-5.

Palabras clave: Corazón roto. Tako-Tsubo. Disfunción apical transitoria.