



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1813 - MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO

M. Rodríguez Junquera<sup>a</sup>, E. Bernardo Huergo<sup>b</sup>, C. González Mallada<sup>c</sup> y R. Barthe del Castillo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pola Lena. Asturias.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Figaredo. Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moreda. Asturias. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ablaña. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 64 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial a tratamiento con IECA e hipercolesterolemia. Antecedentes personales cardiológicos: ninguno. Antecedentes familiares cardiológicos: padre (43 años), tía paterna (60), abuelo paterno (70) e hijo (40) fallecidos de muerte súbita. Otros antecedentes: Trastorno adaptativo mixto a seguimiento en Salud Mental. No intervenciones quirúrgicas. Acude a nuestro Centro de Salud por dolor centrotorácico, opresivo, irradiado a espalda, acompañado de náuseas y sensación de falta de aire desde hace 2 horas, en reposo que cede tras administrarle 1 cafinitrina. En ECG se objetiva isquemia subepicárdica en cara anterolateral siendo derivada al servicio de Urgencias de referencia, tras administrarle 250 mg AAS y 600 mg clopidogrel. Como suceso de interés refiere la muerte de un hijo hace 2 días de muerte súbita (IAM).

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. TA 177/89 mmHg. FC 80 latidos por minuto. Saturación 94% basal. Consciente, orientada y colaboradora. Sudorosa y afectada por el dolor a su llegada al Centro. Eupneica en reposo. Bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: ruidos respiratorios conservados sin adventicios. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, no signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP ni flebitis. Pulsos conservados y simétricos. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, T negativas en cara anterior extensa. Radiografía tórax: Sin hallazgos significativos. Bioquímica: PCR elevado, resto incluyendo perfil lipídico normal. Hemograma y coagulación normal. Marcadores de daño miocárdico: CK normal, troponina I 0,871 (0-0,028). Ecocardiograma: aurícula izquierda y raíz de aorta normal. Ventrículo izquierdo no hipertrófico ni dilatado con función global conservada. Llama la atención como a nivel de los segmentos basales y medios de todas las paredes la contractilidad es normal, mientras que a nivel apical los segmentos de todas las caras o paredes cardiacas muestran una hipoquinesia de localización difusa. El patrón diastólico es de mala relajación. Insuficiencia mitral trivial. Válvula aórtica trivalva, normal. Cavidades derechas normales, sin señal de insuficiencia cardiaca. No derrame pericárdico. Ventriculografía: Aquinesia apical con hipercontractilidad basal compatible con Takotsubo.

**Juicio clínico:** Miocardiopatía de estrés (Takotsubo). Coronarias normales.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome coronario agudo.

**Comentario final:** A las 4 semanas y tras 4 días de ingreso hospitalario, la paciente fue dada de alta con normalización del electrocardiograma y mejoría de la contractilidad miocárdica. Actualmente se encuentra asintomática, pendiente de control ecocardiográfico en consultas externas de Cardiología. La aplicabilidad de este caso para Atención Primaria es la importancia de reconocer a tiempo una clínica compatible con un síndrome coronario agudo y su rápida derivación a centro especializado, así como realizar una buena historia clínica buscando factores de riesgo que pudiesen desencadenar el cuadro.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Sato H, Tateishi H, Uchida T, Ishihara M. Stunned myocardium with specific (tsubo-type) left ventriculographic configuration due to multivessel spasm. En: Kodama K, Haze K, Hori M, eds. Clinical aspects of myocardial injury: from ischemia to heart failure. Tokio: Kagakuhyouronsha Co.; 1990. p. 56-74.
2. González CI, Jiménez FJ, Rubio T, González V. Disfunción ventricular transitoria o síndrome de Tako-Tsubo. A propósito de un caso. Emergencias. 2006;18:247-9.