



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2038 - Síndrome de Tako-Tsubo. A propósito de RETAKO

M.Á. de la Hera Romero^a, L. Muñoz Abad^b, L. Alonso Bravo^c, N. Rivera Jiménez^a, V. Bueno García^b y J. Herrador Paredes^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Acude a nuestra consulta una paciente de 83 años, sin antecedentes personales ni realiza tratamiento, para recoger resultado de prueba complementaria de su marido, donde se objetiva que padece una neoplasia de pulmón. La paciente, tras conocer el resultado, comienza con dolor centrotorácico irradiado a cuello con cortejo vegetativo. Derivamos a hospital de referencia en unidad medicalizada, donde recibe tratamiento con ácido acetilsalicílico, bisoprolol, nitroglicerina y mórfo. Evolución favorable sin complicaciones ni recurrencias posteriores.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física normal. ECG en el centro de salud: RS a 68 lpm, eje izquierdo, mínima elevación del ST de 0,5 mm en precordiales, poca progresión de la R en cara anteroseptal. ECG al alta: RS a 53 lpm, eje izquierdo, PR 180 ms, QRS estrecho, pobre onda R en cara anterior, T negativa en cara inferior y V3-V6. Ecocardiograma al ingreso y al alta normal. Cateterismo: coronarias angiográficamente normales. Troponina I pico 3,03.

Juicio clínico: Miocardiopatía de estrés. Síndrome de Tako-Tsubo (STK).

Diagnóstico diferencial: El STK es una entidad clínicamente indistinguible del SCA con elevación enzimática de daño miocárdico y elevación del ST anterolateral y extensa acinesia anterior del VI, pero sin alteraciones coronarias. Así el diagnóstico diferencial con IAM se realiza mediante coronariografía urgente, resultando fundamental.

Comentario final: El síndrome de Tako-Tsubo, fue descrito en 1990, la frecuencia no llega al 1% de los IAM. Su peculiaridad es la ausencia de lesiones en las coronarias así como su resolución en días o semanas. En España ha sido necesaria la creación de el RETAKO (Registro nacional multicéntrico de síndrome Tako-Tsubo) donde se incluyen pacientes que cumplen criterios modificados de la clínica Mayo (2012-2013). El perfil de pacientes fue mujeres posmenopáusicas (70 ± 12,5 años) con buen estado funcional previo que consultaban por dolor torácico provocado por acontecimiento estresante en un 79%. Como criterio diagnóstico se incluyó la elevación de enzimas miocárdicas y alteraciones del ECG en un 89%. La coronariografía fue normal en el 100%. Se trata de un cajón de sastre que abarca diversos orígenes de aturdimiento miocárdico. Desconocido el porqué, las recurrencias son prácticamente ausentes ante nuevos episodios estresantes (sólo hubo dos casos en

el estudio). Nuevas hipótesis barajan la posibilidad del vasoespasmo en la microcirculación por alteración del metabolismo de la endotelina 1. Todavía estamos ante una entidad desconocida, pero gracias a estudios de este tipo ya podemos caracterizarla mejor.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.