



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/581 - DOCTORA, ¿POR QUÉ ME AHOGO?

C. García Rodríguez^a, E. Valle Cruells^b, I. Santsalvador Font^b, J. Picó Font^b, C. Ribera Soler^c, C. Bistuer Mallen^d, M. Gavagnach Bellsola^b, M. Molina Rivero^e, R. Kazan^a y A. Ripoll Ramos^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. CAP Vallldoreix. Sant Cugat del Vallès. ^cMédico de Familia. CAP Caldes de Montbui. Barcelona. ^dMédico de Familia. CAP Sant Cugat. Barcelona. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Vallldoreix. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 55 años de edad, sin hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos, que acude a la consulta por dolor en epigastrio irradiado a flancos, náuseas con vómitos posprandiales, astenia, anorexia y pérdida de 7 kg de peso en el último mes. Desde la consulta de Atención Primaria se solicita fibrogastroscoopia diagnosticándose de adenocarcinoma difuso gástrico en estadio IV. Se realiza laparoscopia exploradora hallándose implantes metastáticos peritoneales por lo que se decide no proseguir con la cirugía y colocación de endoprótesis gástrica. En el postoperatorio presenta cuadro disnea brusca con desaturación, orientándose como edema agudo de pulmón (EAP).

Exploración y pruebas complementarias: Rx tórax: signos de hiperhidratación. TAC tórax: se descarta tromboembolismo pulmonar. Derrame pleural izquierdo. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 100x', PR 0,12, QRS 0,08, onda Q en DI y AVL de 1 mm con repolarización normal. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado, moderada hipertrofia a nivel septobasal. Disfunción izquierda moderada con fracción eyección (FE) del 40% a expensas de asincronía del septo, sobre todo a nivel septal medio y apical, disquinesia anterior, medial y apical. Cateterismo cardíaco: normal. Resonancia magnética cardíaca: normal. Ecocardiograma 17 días más tarde: moderada hipertrofia ventrículo izquierdo con FE 59%.

Juicio clínico: El síndrome de Tako-Tsubo clínicamente se presenta como cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca congestiva sin arterioesclerosis coronaria, con disfunción apical transitoria que ocasiona una hipercontractilidad de la base de ventrículo izquierdo dando lugar a una imagen característica en forma de trampa de pulpos en Japón, que le dio nombre al síndrome.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arritmias.

Comentario final: Actualmente no existe consenso sobre los criterios diagnósticos ni la etiología. Tener en cuenta el diagnóstico ante un síndrome coronario agudo o insuficiencia cardíaca descompensada en paciente sin cardiopatía y estresor emocional grave.

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.; 1990:56-74.
2. Sabaté Cintas V, Pablos Herrero E. Síndrome de Tako Tsubo, la cardiopatía fantasma. En: AMF Actualización en Medicina de Familia.

Palabras clave: *Síndrome Tako-Tsubo. Edema agudo de pulmón. Discinesia septal.*