



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/193 - ¡Doctora, se me ha roto el CORAZÓN!

A.M. Román Peñalver<sup>a</sup>, M.J. Carreño Sarrias<sup>a</sup>, L. Carreño Sarrias<sup>b</sup>, M. Caballero del Pozo<sup>a</sup>, S. Omella Ramo<sup>a</sup>, E. Redondo Gorostiza<sup>a</sup>, D. Muñoz Segura<sup>a</sup>, N. Espinosa González<sup>a</sup>, M.E. Barrau Calvo<sup>a</sup> y R. Martín Sánchez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>Enfermera. ABS Montclar. Sant Boi de Llobregat. <sup>b</sup>Médico. Residencia Marvi Park. Barcelona.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 65 años, consulta por dolor torácico opresivo de corta duración, en situación de intenso estrés emocional tras ser atacada por un perro con muerte de su propio perro. Al día siguiente estando en reposo y recordar el episodio aparece dolor en brazo izquierdo, sudoración y náuseas. Sin antecedentes familiares. Antecedentes: HTA, cefalea crónica, nefectomizada. Tratamiento habitual: enalapril/hidroclortiazida, lorazepam, amitriptilina.

**Exploración y pruebas complementarias:** PA 155/99. Fc 70 lpm. Sat O2 98%. Buen estado general, perfundida, hidratada. Eupneica en reposo. No IY. ACP: tonos cardiacos rítmicos. No soplos, ni roces. Murmullo vesicular conservado. No crepitantes. Abdomen y extremidades sin hallazgos patológicos. Analítica normal, troponina 0,71 en ascenso, pico 20,95 a las 2 horas. Rx de tórax: normal ECG, ritmo sinusal a 70 pm. BRDHH, descenso de ST 0,5 mm en V2-V3, t- en V1V2 y avl. Se instauró tratamiento específico con buena evolución. Cateterismo cardiaco sin lesiones coronarias. La ventriculografía compatible con síndrome de Tako-Tsubo en fase de recuperación, con FE normal. Diagnóstico: IAM anterolateral Killip 1. Probable sd de Tako-Tsubo.

**Juicio clínico:** El síndrome de Tako-Tsubo, Discinesia apical transitoria, corazón roto o cardiomiopatía de estrés es una entidad que presenta las características de un síndrome coronario agudo: clínicas, analíticas, electrocardiográficas y ecocardiográficas. La presencia de arterias coronarias sin obstrucciones significativas, la forma típica en la ventriculografía y la recuperación total del ventrículo apoyan el diagnóstico en este caso. El tratamiento es el del IAM, con especial atención en la introducción de betabloqueantes y anticoagulación

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome coronario agudo. Causas de dolor torácico agudo. Crisis de ansiedad.

**Comentario final:** La cardiomiopatía Takotsubo fue descrita en Japón en 1990. Imita a un síndrome coronario agudo: dolor precordial, ST elevado y elevación de troponina. La alteración en la movilidad del VI le hace adoptar durante la sístole una forma parecida a las vasijas de barro para pescar pulpos: Tako-tsubo.

## Bibliografía

1. Núñez Gil IJ, Luaces Méndez M, García-Rubira JC. Cardiopatía de estrés o síndrome de Takotsubo: Conceptos actuales. Rev Arg Cardiol. 2009;77:218-23.
2. Madaria Marijuan Z, Andrés A, Blanco J, Ruiz L. Síndrome de tako-tsubo. Una presentación atípica. Rev Esp Cardiol. 2010;63:364-5.

**Palabras clave:** *Síndrome del corazón roto.*