Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):4

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/63 - SÍNDROME DE TAKO-TSUBO. ¿LO CONOCES?

I. Vargas Roca, J. Parcet Solsona, M.R. Vázquez Delgado, M. Valls Esteve, D.C. Mateu Arza, E. Ruiz Gil, M.R. D´Lacoste Farré y M. Masamunt Paris

Médico de Familia. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años con dolor centro-torácico opresivo irradiado a espalda, mejora con el reposo. El electrocardiograma muestra ritmo sinusal con amputación de la onda R y patrón de ondas T hiperpicudas en precordiales. Se administra nitroglicerina sublingual con mejoría del dolor y normalización progresiva del ECG. Troponinas elevadas. Se traslada a urgencias hospitalarias como síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Historia clínica: hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus 2 en tratamiento farmacológico. Fibromialgia, AVC isquémico hace 20 años sin secuelas.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: estado general estable. TA: 160/100; FC: 90 lpm. SatO2: 100%. AC: normal AR: MVC. ECG (asintomática): ritmo sinusal a 95 lpm, Eje 60º, QRS < 0,08, PR 180, repolarización normal. Rx tórax: normal. Analítica: glucosa 192 y HBA1c: 6,8%. Troponinas positivas. Hemograma, coagulación y resto de bioquímica sin alteraciones significativas. Ecocardiograma (al ingreso): muestra una acinesia extensa septo apical, apical y latero-apical, con FEVI del 35% y una IM ligera. Eco (tras estabilización): muestra mejoría significativa de la función ventricular, ligeramente hipertrófico con disfunción ventricular ligera (FEVI 52%), hipocinesia severa de los segmentos medio-apical antero-lateral. Coronografia: arterias coronarias sin lesiones significativas, ventriculografía con FEVI conservada y sin segmentarismos.

Juicio clínico: Evolución: la paciente permanece estable y asintomática con doble antiagregación y betabloqueantes por lo que es dada de alta. Lo que inicialmente parece un síndrome coronario agudo por clínica y ECG, dada la rápida normalización de la fracción de eyección y presencia de arterias coronarias sanas, finalmente se orienta como síndrome de Tako-Tsubo. Es una patología infrecuente, que suele afectar al sexo femenino, a partir de 50 años. No hay asociación con la presencia de factores de riesgo cardiovascular y si con las situaciones de estrés. El diagnóstico es la coronografía con ausencia de lesiones. Tratamiento inicial como si se tratara de una cardiopatía isquémica hasta la coronografía. Si diagnóstico precoz, debe tratarse con betabloqueantes, ansiolíticos y mantenimiento de la volemia. Suele presentar curso benigno.

Comentario final: No es infrecuente ver un síndrome coronario agudo. Por ello es muy importante el correcto manejo y control de los factores de riesgo cardiovascular. Hay que conocer también la existencia de este síndrome. Dado que no hay lesión de órgano diana es adecuada la prevención primaria.

Bibliografía

1. Sabaté Cintas V, Pablos Herrero E. Síndrome de Tako-Tsubo, la cardiopatía fantasma. Revista AMF. 2011;7:238-9.
2. Núñez-Gil IJ, Molina M, Bernardo E, et al. Síndrome de tako-tsubo e insuficiencia cardiaca: seguimiento a largo plazo. Rev Esp Cardiol. 2011;65:996-1002.
3. Cebrián Patiño E, Gamero Donis D, Rodríguez J.S., Marine Blanco M, Castell Benito D., Doménech de Frutos. Sindrome de Tako-Tsubo. Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. 2010;12(2).

Palabras clave: *Dolor torácico. Síndrome coronario agudo. Síndrome Tako-Tsubo.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.