



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/99 - SÍNDROME DE TAKO-TSUBO O SÍNDROME DEL CORAZÓN ROTO

J. Casellas Rey<sup>a</sup>, E.A. Ramírez Dorronsoro<sup>a</sup>, A.M. Bahamón Lizcano<sup>b</sup> e I. Alcántara Pérez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. ABS Salt. Institut Català de la Salut. Girona. <sup>b</sup>Médico de Família. ABS Santa Coloma de Farners. ICS. Girona. <sup>c</sup>Enfermero. Fundació Salut Empordà. Hospital de Figueres. Girona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 67 años con HTA, dislipemia, síndrome ansioso e historia de adenocarcinoma de recto, actualmente libre de enfermedad. Tratamiento habitual con enalapril 20 mg/24h, trazodona 100 mg/noche, Adolonta 100 mg/24h. Sin hábitos tóxicos. Consulta por dolor torácico prolongado en el contexto de situación estresante. Presentó sensación de nerviosismo intenso, disnea rápidamente creciente, opresión retroesternal no irradiada y sin vegetatismo acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 98/54, SatO<sub>2</sub>: 99%, ACR: tonos rítmicos sin soplos, no focalidades neurológicas. ECG: signos de necrosis inferolateral con evolución a T negativas a cara lateral y desaparición de los complejos QS. Rx tórax: índice cardiorácico normal y campos pulmonares claros. Elevación de marcadores de necrosis miocárdica: CK-MB 17,3 (10-12), TnT 0,6 (0,35-0,4). Coronariografía: sin lesiones angiográficas. Ecocardiograma: función ventricular en el límite de la normalidad (FEVI 57%). RM cardíaca: hallazgos compatibles con síndrome de Tako-tsubo, extenso edema apical del ventrículo izquierdo (FEVI 47%) y sin necrosis ni evidencia de miocarditis.

**Juicio clínico:** Se trata de un paciente que Consulta por dolor torácico prolongado en el contexto de situación estresante con cambios electrocardiográficos y discreta elevación de enzimas de necrosis miocárdica. No evidenciándose lesiones coronarias, con función sistólica en el límite de la normalidad, insuficiencia mitral moderada y acinesia apical.

**Diagnóstico diferencial:** Lo más importante es el diagnóstico diferencial con el infarto agudo de miocardio. La clínica, ECG y elevación de enzimas de necrosis miocárdica es compatible. Se diferencia del infarto de miocardio en que el síndrome de tako-tsubo las arterias coronarias están sanas. Otros posibles diagnósticos serían la angina de Prinzmetal, miocarditis, pericarditis o consumo de cocaína.

**Comentario final:** El síndrome de Tako-tsubo simula un infarto agudo de miocardio. El desencadenante más habitual suele ser una situación estresante. Actualmente no está del todo claro el tratamiento en la fase aguda ni la profilaxis secundaria ni las implicaciones a largo plazo. La evolución suele ser benigna. En el caso de nuestro paciente se recuperó totalmente, normalizando los cambios ECG, de función ventricular y actualmente está asintomático.

## **Bibliografía**

1. Qin D, Patel SM, Champion HC. "Happiness" and stress cardiomyopathy (apical ballooning syndrome/takotsubo syndrome). *Int J Cardiol.* 2014;172:e182-e183.
2. Allen D, Parmar G, Ravandi A, Hussain F, Kass M. Happiness can break your heart: a rare case of takotsubo cardiomyopathy after good news. *Can J Cardiol.* 2015;31:228e1-e2.
3. Ghadri JR, Sarcon A, Diekmann J, Bataiosu DR, Cammann VL, Jurisic S, Napp LC, Jaguszewski M, Scherff F, Brugger P, Jäncke L, Seifert B, Bax JJ, Ruschitzka F, Lüscher TF, and Templin C. Happy heart syndrome: role of positive emotional stress in takotsubo síndrome. *Eur Heart J.* 2016; doi:10.1093/eurheartj/ehv757

**Palabras clave:** *Síndrome de Tako-tsubo. Infarto de miocardio.*