



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2819 - SÍNDROME DEL CORAZÓN ROTO

M. Gómez Domínguez^a, Á. Bonilla Álvarez^b, M. Orellana Beltrán^c, M. Molina Gracia^d, N. Moya Quesada^a y G. Navarro Lorenzo^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pechina. UGC Bajo Andarax. Almería. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huércal de Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años, sin alergias a medicamentos, con antecedentes personales de lumbalgia crónica y depresión, actualmente sin tratamiento. Acude a consulta de Atención Primaria (AP) por cuadro de dolor precordial opresivo típico de 5 minutos de duración, sin cortejo vegetativo, sin sensación de palpitaciones, que se inicia tras discusión familiar.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente se encuentra con moderada sensación de enfermedad, consciente y orientada, bien hidratada y perfundida. Cuello: pulsos centrales simétricos, sin ingurgitación yugular. Tórax: de configuración normal. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos sin soplos ni rones. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, sin masas ni megalias. Extremidades: pulsos periféricos conservados, no edemas. Se realiza primer ECG con ritmo sinusal a 84 lpm, PR normal, QRS estrecho, eje normal. Ascenso del ST de V2-V4. Se decide derivación a urgencias, donde presenta en un segundo ECG: ondas T negativas en I, II, AvL, AvF, V2-V6 y pico de troponinas de 467 pg/ml. En cateterismo coronarias normales y en ecocardiograma: FEVI 30%, disquinesia septo anteromedio, apical, lateral media y lateral apical. Aquinesia anterior-medio-apical. Alteración de la relajación.

Juicio clínico: En un principio se piensa SCACEST.

Diagnóstico diferencial: SCACEST, SCASEST, angor, tromboembolismo pulmonar, así como otros cuadros de menor frecuencia como la disección aórtica, pericarditis o el síndrome de Tako Tsubo (STK).

Comentario final: Durante su estancia en planta de cardiología la paciente evolucionó de manera favorable, finalmente fue diagnosticada de STK. Nos encontramos ante una interesante enfermedad, poco incidente, que afecta predominantemente a mujeres posmenopáusicas, en la mitad de los casos tras una situación estresante. Se caracteriza por cursar de forma similar a un infarto de miocardio con cambios electrocardiográficos y bioquímicos, con alteraciones de la contractibilidad del ventrículo izquierdo con coronarias normales. Aunque generalmente conlleva un buen pronóstico, es necesario tratar con atención y estratificar el perfil de riesgo del paciente pues no está exenta de

complicaciones en la fase aguda. Todavía se continúan con muchas preguntas sin responder, tanto en cuanto a la etiología como al manejo óptimo de estos enfermos.

Bibliografía

1. Núñez-Gil IJ, Mejía-Rentería HD, Martínez-Losas P. Actualización práctica en síndrome de Takotsubo. Med Clin. 2016;146(5):212-7.
2. Núñez-Gil IJ, Andrés M, Almendro Delia M, Sionis A, Martín A, Bastante T, et al. Caracterización del síndrome de tako-tsubo en España: resultados del registro nacional RETAKO. Rev Esp Cardiol. 2015;68(6):505-12.

Palabras clave: Takotsubo. Infarto. Síndrome disfunción apical.