



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1235 - DOLOR TORÁCICO ANGINOSO CON ELEVACIÓN DE TROPONINAS SIN OBSTRUCCIÓN CORONARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Martínez Cabrera^a, E. Hermida Campa^b, S. Barceló Martínez^c y A. Almela Martínez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Sanitario Integrado de Novelda. Alicante. ^bMédico de Familia. Centro Sanitario Integrado de Novelda. Alicante. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Sanitario Integrado de Novelda. Alicante. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Sanitario Integrado de Novelda. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: No RAMC. No hábitos tóxicos. HTA, DMNID, DLP, hiperuricemia. Obesidad. Bloqueo trifascicular, portadora de marcapasos DDDR desde 2012. SAHS. Anemia crónica. IQ: PTR bilateral, safenectomía izquierda, Tímpanoplastia bilateral, Cataratas. SB: independiente ABVD. No disnea. Tratamientos: CPAP nocturna, metotrexato, ácido fólico, atorvastatina, fenofibrato, sulfato de hierro, torasemida, AAS, repaglinida, metformina + sitagliptina, omeprazol, salmeterol/fluticasona. Mujer de 83 años remitida desde MAP para valoración analítica por dolor torácico y náuseas tras haber sufrido hurto en su domicilio hace unos minutos.

Exploración y pruebas complementarias: CS: TA 140/100 mmHg, FC 83 lpm, sO₂ 98%, Glu 164. ECG: ritmo MP 80 lpm, BRIHH. Hospital: TA (mmHg): 128/78. FC: 85 lpm. SatO₂ (%): 96. Afebril. BEG, C y O, NN, NH y NC. AC: rítmica sin soplos. AP: MVC sin extrarruidos. Abdomen: globuloso, B y D, no doloroso, no masas ni megalias. MMII: sin edemas, no signos TVP. Hemograma: leucocitos: 1,000/mmc. Neutrófilos: 73,9%. Hemoglobina: 11,4 g/dl. Hematocrito: 35,1%. Plaquetas: 266.000/mmc. Bioquímica: glucosa: 153 mg/dl. Urea: 46 mg/dl. Creatinina: 1,05 mg/dl. Sodio: 138 mmol/l. Potasio: 4,3 mmol/l. Troponinas: 1,97 ng/ml. Hemostasia: I. Quick: 100%. ECG: ritmo MP 80 lpm, BRIHH. Rx tórax: sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Comentado con UCI. Se serian troponinas (control 1.025). Se cursa ingreso en Cardiología y realizan PC. Ecocardiograma: acinesia de todos los segmentos medioapicales; basales compensan parte función. PSAP estimada 35 mmHg. Alteración relajación. Cateterismo (vía radial derecha): Estenosis moderada de CD ostial, resto de árbol coronario sin lesiones. VI no dilatado con disquinesia anteroapical y FEVI ligeramente deprimida.

Diagnóstico diferencial: SCASEST, síndrome de Tako-Tsubo.

Comentario final: Ante la presencia de un dolor precordial anginoso tras un estrés emocional, elevación de enzimas de daño miocárdico, ausencia de obstrucción coronaria y una característica disquinesia antero apical del VI nos debe hacer pensar en un síndrome de Tako-Tsubo.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Dolor torácico. Troponinas. Tako-Tsubo.