



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1453 - LAS CORONARIAS SE DECLARAN INOCENTES

P. Bolado Desiré¹, A. Real Martín y L. Borda Jaldin³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro Fuente-Bargas. Bargas. Toledo.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro Fuente-Bargas. Bargas. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años, exfumadora, con antecedentes de dislipemia en tratamiento con simvastatina y válvula aórtica trivalva calcificada que acude al Centro de Salud por dolor centrotorácico opresivo, no irradiado, de 24h de evolución, tras sobreesfuerzo físico. La clínica se acompaña de astenia, sensación subjetiva de disnea, mareo y malestar abdominal, sin cortejo vegetativo. No eventos estresantes en los últimos días.

Exploración y pruebas complementarias: TA 132/79 mmHg. FC 87 lpm. Afebril. Consciente y orientada, normocoloreada y normoperfundida, eupneica. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar normal. Abdomen sin hallazgos. Pulsos presentes en las cuatro extremidades, no edemas en MMII ni signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm. Eje normal. PR normal. QRS estrecho. Q en cara anterior, pobre progresión de la R, T negativas en V1-V2 simétricas y profundas.

Orientación diagnóstica: La paciente es derivada a Urgencias hospitalarias tras ver los hallazgos electrocardiográficos. Allí se solicita un nuevo ECG, que muestra un bloqueo de rama izquierda no presente previamente. Analíticamente destaca troponina I 0,556, sin otras alteraciones. La Rx tórax es normal. Se administra nitroglicerina sublingual y AAS 100 mg y se avisa al cardiólogo de guardia. Se realiza un ecocardiograma, observando aquinesia septal, por lo que ingresa con sospecha de infarto anterior evolucionado. La coronariografía no evidencia lesiones coronarias, y en la RMN cardiaca los hallazgos son compatibles con síndrome Tako-Tsubo. Durante su estancia en el hospital evoluciona favorablemente.

Diagnóstico diferencial: Infarto de miocardio. Miocardiopatía Tako-Tsubo.

Comentario final: La miocardiopatía Tako-Tsubo afecta a mujeres posmenopáusicas, generalmente tras un evento estresante. Cursa con dolor anginoso y cambios eléctricos similares al del infarto de miocardio con elevación del ST en ausencia de enfermedad coronaria, además de disfunción sistólica no congruente con la ligera elevación de enzimas de daño miocárdico, y con una extensión mayor a la del territorio de un vaso coronario. El tratamiento es con betabloqueantes e IECA. Tiene buen pronóstico, aunque en ocasiones recidiva.

Bibliografía

1. del Nogal Sáez F, Meyer García-Sípido E, Villar Molina M, et al. Síndrome de tako-tsubo. Discinesia transitoria del ventrículo izquierdo. Presentación de nuestra casuística. Med Intensiva. 2011;35:307-11.

Palabras clave: Miocardiopatía. Coronarias. Tako-Tsubo.