



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/1068 - SÍNDROME DE TAKO-TSUBO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE MIOCARDIOPATÍA AGUDA INDUCIDA POR ESTRÉS TRAS ADRENALINA INTRAVENOSA

M. Guzmán Bolívar<sup>1</sup>, S. Ambrasath<sup>1</sup>, T. Borges Ferreira<sup>2</sup> y M. Loras García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Can Misses. Eivissa. Islas Baleares. <sup>2</sup>Enfermera. Hospital Can Misses. Eivissa. Islas Baleares. <sup>3</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Can Misses. Eivissa. Islas Baleares.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 33 años alérgica a diclofenaco y cortisona (sin otros antecedentes de interés) que acude al centro de salud por cuadro de lumbalgia mecánica. Administran medicación analgésica intramuscular (metamizol y dexketoprofeno), tras lo que comienza con cuadro de hipotensión y bradicardia. Por sospecha de posible shock anafiláctico recibe 0,3 mg de adrenalina intravenosa, comenzando la paciente con opresión torácica, presentando cambios electrocardiográficos: taquicardia sinusal a 105 latidos por minuto, PR normal, QRS de 120 ms y elevación del ST en cara inferolateral con descenso del ST en precordiales derechas. Ante estos hallazgos la paciente se trasladó en ambulancia de soporte vital avanzado al servicio de Urgencias del Hospital de Referencia, donde ingresa asintomática. En los trazados electrocardiográficos posteriores se aprecia síndrome de QT largo que posteriormente se normalizó. La evolución en Unidad de Cuidados Intensivos y planta de Cardiología fue favorable.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: consciente, colaboradora, palidez cutánea, Glasgow 15/15, asintomática. Tensión arterial de 70/40 mmHg. Saturación oxígeno de 97%. No focalidad neurológica. No edema de úvula. Eupneica. Murmullo vesicular conservado. Tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Exploración abdominal anodina. Miembros inferiores sin livideces ni edemas. Exploraciones complementarias: Electrocardiograma inicial: taquicardia sinusal a 105 latidos por minuto, PR normal, QRS de 120 ms y elevación del ST en cara inferolateral, descenso del ST en precordiales derechas. Síndrome QT largo en trazados posteriores. Rx tórax: normal. Ecocardiograma transtorácico: ventrículos normales. Ausencia de valvulopatías. Holter: ritmo sinusal en todo el registro. 54% del tiempo en bradicardia. QT ligeramente prolongado.

**Orientación diagnóstica:** Miocardiopatía aguda inducida por estrés (síndrome de Tako-Tsubo) tras administración de adrenalina intravenosa.

**Diagnóstico diferencial:** Arritmias. Edema pulmonar. Shock cardiogénico. Tromboembolismo pulmonar.

**Comentario final:** El síndrome de Takotsubo es una enfermedad cardíaca aguda con una presentación clínica que se asemeja a la de un síndrome coronario agudo. El síndrome afecta

predominantemente a mujeres posmenopáusicas y a menudo está precedido por estrés emocional o físico. Durante la etapa aguda, un número considerable de pacientes desarrollan complicaciones graves como arritmias y shock cardiogénico.

### **Bibliografía**

1. Shams Y-H. Plasma Epinephrine Level and its Causal Link to Takotsubo Syndrome Revisited: Critical Review with a Diverse Conclusion. *Cardiovasc Revasc Med.* 2019;20(10):907-14.
2. Tornvall P. Epidemiology, pathogenesis, and management of takotsubo syndrome. *Clin Auton Res.* 2018;28(1):53-65.

**Palabras clave:** Estrés. Miocardiopatía. Takotsubo.