



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/202 - SÍNDROME DE TAKOTSUBO

C. Fortuny Henríquez^a, L. Gómez Ruiz^b, A. Fernández Serna^c, A. González Díaz-Faes^d, S. Díez Martínez^e y M.J. Arques Pérez^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Marina. Santander. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. ^cMédico Residente de Familia; ^dMédico de Familia. SUAP. CS Sardinero. Santander. ^eMédico Residente Servicio Endocrinología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^fMédico de Familia. SUAP. CS Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 47 años con antecedentes personales: alergia penicilina. Dislipemia, osteoporosis, portador marcapasos DDD (1993) por disfunción sinusal. Cirugía meningioma lumbar. Acude a MAP por opresión precordial duración 2 horas de evolución no irradiado ni cortejo vegetativo. Aumento de su disnea las últimas semanas. Hemodinámicamente estable y ECG ritmo de marcapasos. Se deriva a Urgencias hospitalarias ante sospecha patología isquémica (SCA).

Exploración y pruebas complementarias: TA 134/52; FC 65 lpm; FR 21 rpm; sat 98% con FiO₂ del 35%. BEG. Normoperfundido; C y C: no ingurgitación yugular; ACP: rítmico no soplos hipofonesis generalizada, crepitantes bibasales; Abdomen: anodino. EEII: edemas sin fóvea; Analítica de sangre: marcadores daño cardiaco normal; Rx tórax: anodina; ECG: ritmo marcapasos 73 lpm sin alteraciones repolarización. Gasometría arterial: insuficiencia respiratoria parcial. Coronariografía: arterias coronarias sin lesiones significativas, en la ventriculografía acinesia apical con hipercontractilidad resto de segmentos; Ecocardiografía: ventrículo izquierdo tamaño y morfología normal. FEVI 55%. No se aprecian alteraciones segmentarias de la contractilidad a nivel apical ni posterobasal función sistólica normal del VD. Tamaño y morfología del VD de tamaño normal, insuficiencia valvular aórtica grado 1/4, insuficiencia valvular mitral de grado 2/4 insuficiencia valvular tricúspide de grado 1/4 no derrame pericárdico. Cable de marcapasos íntegro.

Juicio clínico: Síndrome de Takotsubo. Síndrome de discinesia apical transitoria.

Diagnóstico diferencial: Patología isquémica (infarto agudo miocardio, espasmo coronario, síndrome X); miopericarditis/miocarditis; miocardiopatía (hipertrófica, endocarditis de Loeffler); Síndrome aórtico agudo (dissección aórtica, hematoma intramural, úlcera penetrante aórtica).

Comentario final: Es una enfermedad infradiagnosticada. La presentación clínica es indistinguible del síndrome coronario agudo. Al ser portador de marcapasos, no se distinguen probables cambios en el ECG. En cambio, sí presenta acinesia transitoria de los segmentos apicales y ausencia de coronarias obstructivas. La paciente además presentaba datos de insuficiencia cardiaca (la complicación más frecuente) e insuficiencia respiratoria global que precisó ingreso en UCI. Mejoró

clínicamente con tratamiento diurético, IECA y oxigenoterapia. Resolución total desde el punto de vista ecocardiográfico. El pronóstico viene condicionado por la patología de base de la paciente, pero fuera de la fase aguda es excelente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abe Y, Kondo M, Matsuoka R, Araki M, Dohyama K, Tanio H. Assessment of clinical features in transient left ventricular apical ballooning. *J Am Coll Cardiol.* 2003;4:737-42.
2. Sato H, Tateishi H, Uchida T, Ishihara M. Stunned myocardium with specific (tsubo-type) left ventriculographic configuration due to multivessel spasm. En: Kodama K, Haze K, Hori M, eds. *Clinical aspects of myocardial injury: from ischemia to heart failure.* Tokio: Kagakuhyouronsha Co.; 1990.