



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/90 - TAKO-TSUBO, A PROPÓSITO DE UN CASO

M.P. Carlos González^a, N. Santos Méndez^b, L. Alli Alonso^c, J.L. Cepeda Blanco^d, M.J. Labrador Hernández^e, V. Acosta Ramón^f, A.M. González Pedraja^g, A. Aldama Martín^d, N. Ovalle González^h y R. López Sánchezⁱ

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. ^bMédico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alisal. Santander. ^gFEA Urgencias; ^hMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁱMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS General Dávila. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 76 años que inicia a las 9:00 h con dolor torácico de tipo opresivo, acompañado de cortejo vegetativo, de dos horas de duración y que cede ante el uso de nitroglicerina sublingual (dos dosis). En días previos había presentado dolor de características mecánicas al realizar esfuerzo físico (limpieza exhaustiva de su domicilio), que diferencia de este nuevo episodio. Se envía a hospital para valoración, y en este se objetiva una troponina T ultrasensible superior a 300, troponina 4,1 (ng/mL) y EKG con ritmo sinusal a 80 latidos por minuto, sin cambios en la repolarización. Ingres a cardiología críticos para seguimiento y se objetiva durante episodio de dolor ascenso del ST en cara anterolateral e inferior que tras tratamiento con nitroglicerina y cloruro mórfico se normaliza. Se hace cuantificación de troponina la cual ha aumentado (10,35 ng/mL) y se decide realizar coronografía.

Exploración y pruebas complementarias: TAS: 154 mmHg TAD: 80 mmHg FC: 80 lpm. Consciente y orientada, eupneica en reposo, buen estado general. Hemodinámicamente estable, bien perfundida. PVY normal. AC rítmica sin soplos. AP MVC sin ruidos añadidos. Abdomen normal. MMII sin edemas, pulsos pedios presentes. Hemograma: normal. Bioquímica: normal. Hemodinamia: arterias coronarias sin lesiones. Dominancia derecha. VI con discinesia apical y FEVI 50%.

Juicio clínico: Discinesia apical transitoria (Tako-Tsubo).

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo. Síndrome de Tietze.

Comentario final: La discinesia apical transitoria o síndrome de Tako-Tsubo es un síndrome caracterizado por la disfunción sistólica regional transitoria del ventrículo izquierdo, imitando al infarto de miocardio pero con ausencia de evidencia angiográfica de obstrucción de coronarias o ruptura aguda de placa. En la mayoría de los casos, la alteración del movimiento de la pared se extiende más allá del territorio perfundido por una sola arteria coronaria epicárdica. Se describe por primera vez en 1990 en Japón, ocurre en aproximadamente 1 a 2% de los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo y elevación de troponinas o sospecha de infarto al miocardio

con elevación del ST. Es mucho más frecuente en mujeres que en hombres y ocurre predominantemente en adultos mayores. La patogénesis no está clara, no se sabe por qué afecta a mujeres postmenopáusicas desproporcionadamente o por qué sólo al ventrículo izquierdo. Entre los mecanismos postulados destacan el exceso de catecolaminas, el espasmo coronario y la disfunción microvascular. El cuadro clínico es similar al del síndrome coronario agudo y puede estar desencadenado por un episodio de estrés emocional o físico intenso. Algunos pacientes presentan disnea o síncope. El diagnóstico se debe sospechar en adultos (particularmente en mujeres posmenopáusicas) con sospecha de un síndrome coronario agudo (dolor torácico o disnea en combinación con cambios electrocardiográficos o elevación de troponinas), particularmente cuando las manifestaciones clínicas y electrocardiográficas están desproporcionadas con el grado de elevación de los biomarcadores cardíacos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kurowski V, Kaiser A, von Hof K, et al. Apical and midventricular transient left ventricular dysfunction syndrome (tako-tsubo cardiomyopathy): frequency, mechanisms, and prognosis. *Chest*. 2007;132:809.
2. Bybee KA, Prasad A. Stress-related cardiomyopathy syndromes. *Circulation*. 2008;118:397.