



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/278 - UN CORAZÓN ROTO

S. Pini<sup>a</sup>, J. Parra Jordán<sup>b</sup>, S. Neila Calvo<sup>c</sup>, P. López Tens<sup>d</sup>, A. Blanco García<sup>e</sup> y M. Guerra Hernández<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

<sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander.

<sup>c</sup>Médico Adjunta. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

<sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente. Centro de Salud Camargo Costa.

<sup>f</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años con AP = dislipemia, EPOC. Tratamiento = Symbicort, Montelukast, Lipemol. Acude por dolor torácico opresivo irradiado a ambos brazos con cortejo vegetativo mientras estaba en misa. No síncope, no clínica infecciosa ni otros síntomas. Comenta discusión familiar. Acude a Centro de Salud donde se objetiva fibrilación auricular (FA) a 140 lpm, se administra una ampolla de digoxina y es derivada a Urgencias Hospitalaria.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 36 °C, TA 107/62, FC 83 lpm, SatO<sub>2</sub> 98%. Hemodinámicamente estable. Palidez cutánea. PVY normal. AC rítmica. AP crepitantes bibasales. EEII no edemas, no TVP. Pedios+. ECG: sinusal 80 lpm. QRS estrecho. ST colgado V4-V6. Coagulación y hemograma normal. Bioquímica: glucosa 255 mg/dL, urea 59 mg/dL, FG 58 ml/min/, troponina 5,05 ng/mL, resto normal. Rx tórax: discretos redistribución vascular y tractos fibrosos. Ecocardiograma: disfunción severa de VI. Aquinesia extensa en VI anteroapical. Insuficiencia mitral moderada-severa. No derrame pericárdico. Hemodinámica: coronarias angiográficamente normales. Ventriculografía compatible con miocardiopatía de estrés.

**Juicio clínico:** Miocardiopatía de estrés (Takotsubo). IM moderada-grave. FA.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome coronario agudo (SCA). Infarto agudo de miocardio (IAM). Ansiedad. Crisis hipertensiva. Pericarditis. Disección de aorta.

**Comentario final:** Al llegar a urgencias la FA había revertido espontáneamente, pero en el ECG se evidencian cambios ligeros en el segmento ST y elevación de troponina por lo que se le realiza ecocardiograma y cateterismo urgente. La miocardiopatía de estrés es una enfermedad poco frecuente (1-2% de los cuadros sospechosos de SCA/IAM) Afecta mayormente a mujeres posmenopáusicas con pocos factores de riesgo cardiovascular. Se caracteriza por dolor precordial anginoso, cambios electrocardiográficos, elevación de troponina, ausencia en la angiografía de enfermedad coronaria obstructiva o ruptura aguda de placa y una discinesia anteroapical transitoria del ventrículo izquierdo. El estrés emocional severo es el desencadenante más común. El tratamiento es similar al del infarto agudo de miocardio. Es importante tener en cuenta que en el

momento agudo puede asociar complicaciones graves. Es importante conocer esta patología en AP ya que simula un SCA clínicamente. Sin embargo, es más importante diferenciarlo como un diagnóstico de exclusión ya que ante todo dolor torácico debemos siempre descartar en primer lugar un SCA.

## **Bibliografía**

1. Reeder GS, Prasad A. Clinical manifestations and diagnosis of stress (takotsubo) cardiomyopathy. UpToDate, 2017.
2. Templin C, Ghadri JR, Diekmann J, et al. Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. N Engl J Med. 2015;373:929.