

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA
ATENCIÓN PRIMARIA

SÍNDROME DE TAKO-TSUBO

Este síndrome también conocido como disfunción ventricular transitoria o miocardiopatía inducida por stress, se caracteriza por tener una sintomatología similar a la de un infarto agudo de miocardio, con alteraciones electrocardiográficas similares (elevación del segmento ST, inversión de la onda T) y con elevación en sangre de marcadores de daño miocárdico.

En la coronariografía no se evidencia ninguna alteración significativa.

Se caracteriza por una disfunción sistólica transitoria, con alteración de la contractilidad en los segmentos medio y apical del ventrículo, y con hipercinesia de los segmentos basales que en la angiografía se manifiesta con un abombamiento apical del ventrículo.

Todas estas alteraciones se recuperan de forma espontánea en las semanas siguientes.

Suele afectar a mujeres posmenopáusicas sin factores importantes de riesgo cardiovascular, estando relacionado con stress físico u emocional y desarrollando un curso benigno.

La etiología es desconocida y se proponen varias teorías como la descarga catecolaminérgica, el espasmo de las arterias coronarias, trombosis coronaria pasajera, infecciones del miocardio de origen vírico y alteraciones anatómicas de la arteria coronaria descendente anterior.

Caso Clínico

Nuestra UME acude a atender a una paciente que refiere dolor torácico opresivo.

A la llegada al domicilio de la paciente el equipo del 061 puede recabar los siguientes datos clínicos:

Antecedentes personales:

Mujer de 70 años con Hipertensión Arterial.

Enfermedad Actual:

La paciente refiere que, tras mantener una fuerte discusión con su hermano por teléfono, súbitamente comienza a sentir un dolor torácico de tipo opresivo que se irradia al brazo izquierdo y al cuello.

Todos estos síntomas llevan una hora de evolución.

Exploración Física:

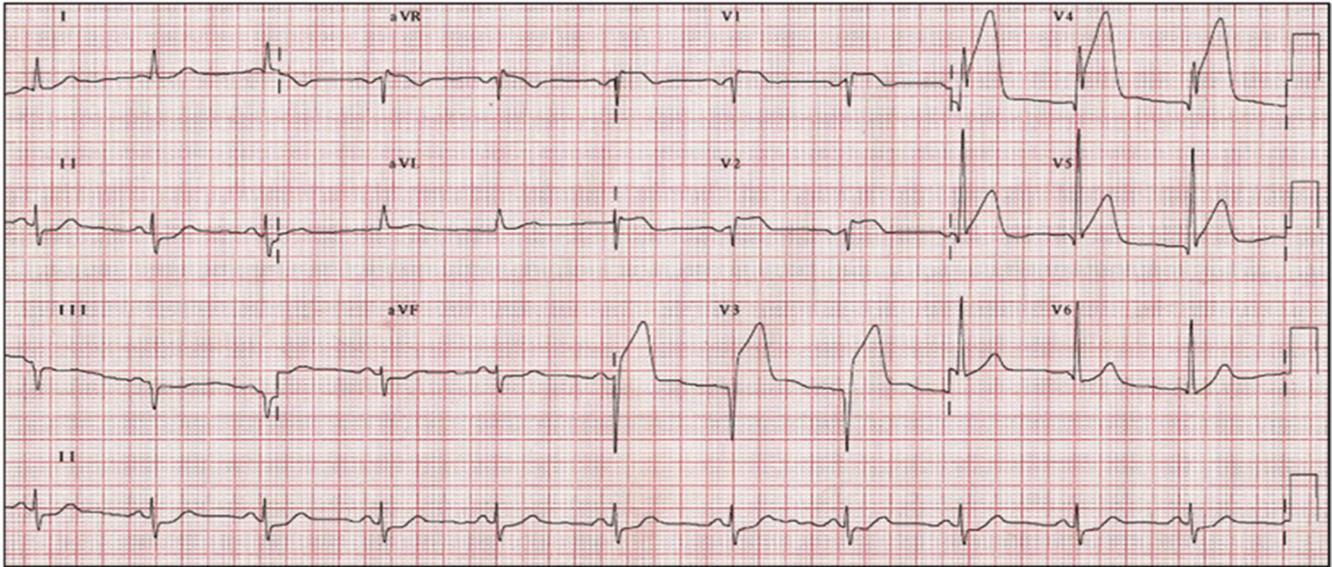
La paciente está disneica y también presenta abundante sudoración, náuseas y palidez.

En la auscultación presenta crepitantes en ambas bases pulmonares.

Saturación de Oxígeno: 93 %.

Tensión Arterial: 140/90.

ECG: Elevación del segmento ST e inversión de la onda T en todo el territorio anterior.



Como consecuencia de todo lo anterior decidimos tomar las siguientes medidas terapéuticas en la paciente:

- Administración de Oxígeno en gafas nasales a 4 litros por minuto.
- Se toma una vía venosa periférica (miembro superior izquierdo) y se administra una perfusión de 10 mg de Solinitrina en 100 ml de suero glucosado al 5 % a un ritmo de 21 ml por hora.
- Administración de 300 mg de Ácido Acetilsalicílico vía oral.
- Para calmar el dolor se le administra 4 mg de Cloruro Mórfico en bolo intravenoso.
- Traslado de la paciente al hospital en UVI móvil.

Ya en medio hospitalario se realiza cateterismo urgente en el que no se objetiva alteración alguna en las arterias coronarias, además de una depresión de la contractilidad en el ventrículo izquierdo.

La evolución clínica de la paciente fue favorable, desapareciendo la disfunción ventricular al cabo de dos semanas.

Conclusión

El síndrome de Tako-Tsubo se caracteriza por:

- Dolor de características anginosas.
- Elevación del ST-T en precordiales.
- Datos analíticos de infarto.
- No hay obstrucción coronaria en la angiografía.
- Alteración reversible de la contractilidad en el ventrículo izquierdo.

Como posibles causas etiológicas se han descrito:

- Infecciones víricas.
- Anormalidades microvasculares.
- Espasmos microvasculares.
- Fenómenos simpáticos cardiacos.

Es importante hacer el diagnóstico diferencial con el infarto agudo de miocardio (IAM), debido a las conclusiones en el pronóstico de esta entidad que ello conlleva, debido a que la disfunción ventricular, que es el factor pronóstico más importante en la cardiopatía isquémica, se soluciona en el transcurso de las semanas siguientes, lo que nos lleva a considerar su menor grado de malignidad una vez que se supera la fase aguda.

BIBLIOGRAFÍA:

- Gaspar J, Gómez Cruz RA. Tako-Tsubo syndrome (transient antero-apical dyskinesia): first case reported in Latin America and review of the literature]. Arch Cardiol Mex 2004; 74:205-14.
- Moro JA, Arnau MA, Sánchez E, Almenar L. Takotsubo syndrome with coronary lesions. Rev Esp Cardiol. 2006; 59:632-3.
- González Rodríguez CI, Jiménez Bermejo FJ, Tubio Vela R, González Toda V. Disfunción ventricular transitoria o síndrome de Tako-Tsubo. A propósito de un caso. Emergencias. 2006; 18:247-9.
- Katscher W, Casal AJ, Sanmartín Fernández M. Síndrome takotsubo simulando un infarto agudo de miocardio. Emergencias. 2006;18:309-11.

AUTORES:

Dr. D. José Manuel Vergara Olivares
Dr. D. José Ángel Reyes Parras

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-16-002-X
Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>