

Los inconvenientes de sólo pensar en lo que está “de moda”.

“TAKO TSUBO”

Dr. Mario Heñin. Resistencia, Chaco, Argentina

2 de diciembre de 2016

En la era de Internet, cada vez que los médicos nos comenzamos a enterar de “nuevas” patologías, o la aparición de técnicas novedosas que ponen en el tapete una discusión sobre “viejas” patologías, se genera una especie de “moda”, y a veces se modifican (definitivamente o, más frecuentemente temporalmente) algunos paradigmas. Es decir, *“el avispero cobra vida”*. Esto nos pasa, creo, casi todos los días, en la distintas especialidades médicas.

En Cardiología el cuadro llamado **Tako Tsubo**, “corazón partido”-broken heart- miocardiopatía catecolaminérgica, etc. etc. etc, está en el tapete, “de moda”, desde que se lo describió en los años 90.

Se lo ha vinculado con antecedentes francos de “stress” psíquico y/o físico, y se han desagregado inclusive porcentualmente, esos desencadenantes: una pérdida familiar, una ruptura sentimental, el haber sido víctima de un delito, un accidente, un exagerado esfuerzo de manera no prevista, una alegría descomunal pero no esperada, etc. etc.

Pero también se sabe, desde hace décadas, que estos mismos “gatillos” pueden afectar no solamente a las células miocárdicas en su respuesta al estímulo mediante el correlato neuro-humoral, (como se propone como hipótesis del **Tako Tsubo**), sino que pueden alterar drástica y súbitamente mecanismos de hemostasis, de coagulación, modificación plaquetaria, espasmo coronario, disfunción severa del endotelio arterial, etc. Es decir, pueden hasta erosionar/romper una placa y/o generar un trombo intra-coronario.

Y tenemos como resultado final a cuadros que se parecen y mucho en varios de sus aspectos.

Tan es así que hoy en día, ante un cuadro con su eje centrado en dolor de pecho “típico” de isquemia, en los diversos diagnósticos diferenciales, se piensa también en **Tako Tsubo**.

Lo interesante del caso es que tanto un síndrome coronario agudo con elevación del ST, como la necesidad de descartar un **Tako Tsubo**, suelen llevar a la inmediata coronariografía. No menciono al ecocardiograma, porque, si bien en un **Tako Tsubo** (contando con buena ventana, claro) es suficiente para el diagnóstico, ningún cardiólogo creo que quedaría tranquilo sin una CCG en la mano, si es que la tiene disponible rápidamente.

Relatados estos conceptos, quiero decir que en cardiopatía isquémica, un COMPLETO y bien hecho interrogatorio nos revelará seguramente los factores “gatillo”-en especial los emocionales- que los médicos a veces olvidamos.

Ahora bien: el hecho de que el **Tako Tsubo** aún no es suficientemente conocido (parece ser) por un número “X” de colegas, quizás provoque que se haga hincapié en su existencia y en los motivos/factores emocionales que lo provocan.

Quizás ese énfasis por el aspecto “moda” sea el que haga que se destaque a los factores emocionales como casi “exclusivos” o “patognomónicos” del Tako Tsubo.

Y ya sabemos que NO es así. En un paciente con IAM, por ejemplo, se los debe buscar a fondo.

Esos son *los inconvenientes de sólo pensar en lo que está “de moda”*.