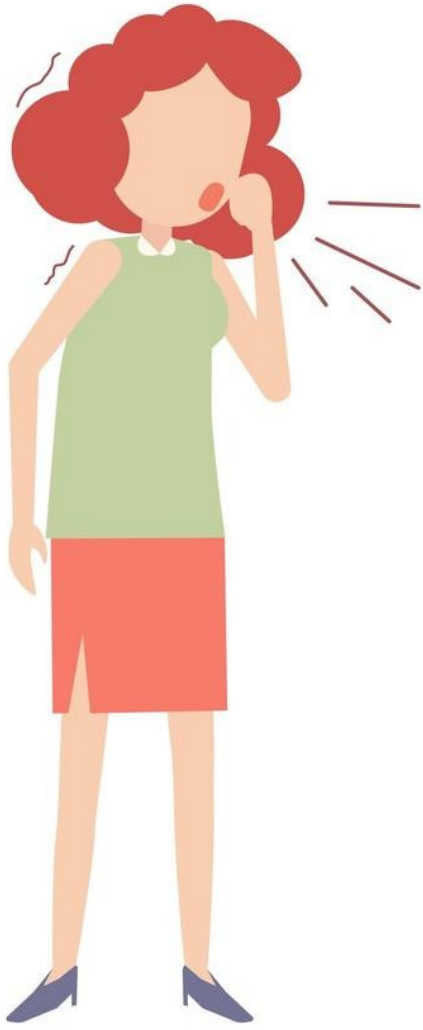


"MALDITA TOS"

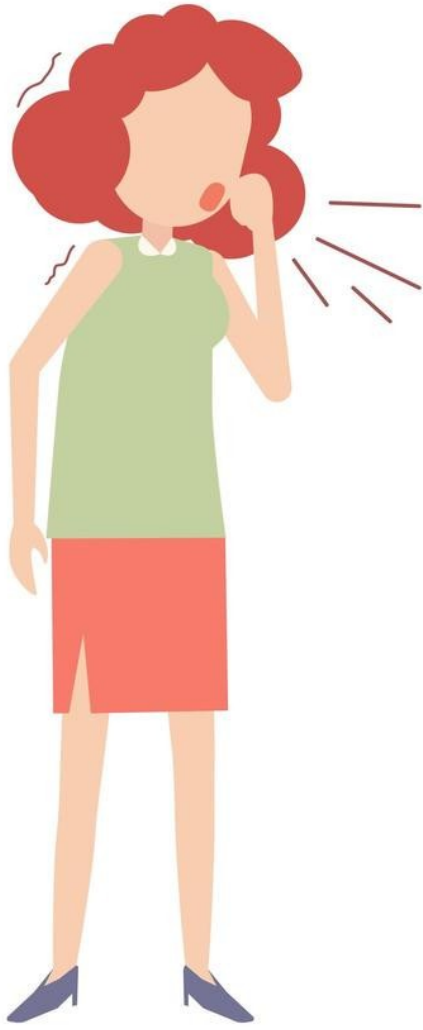




Mujer de 48 años

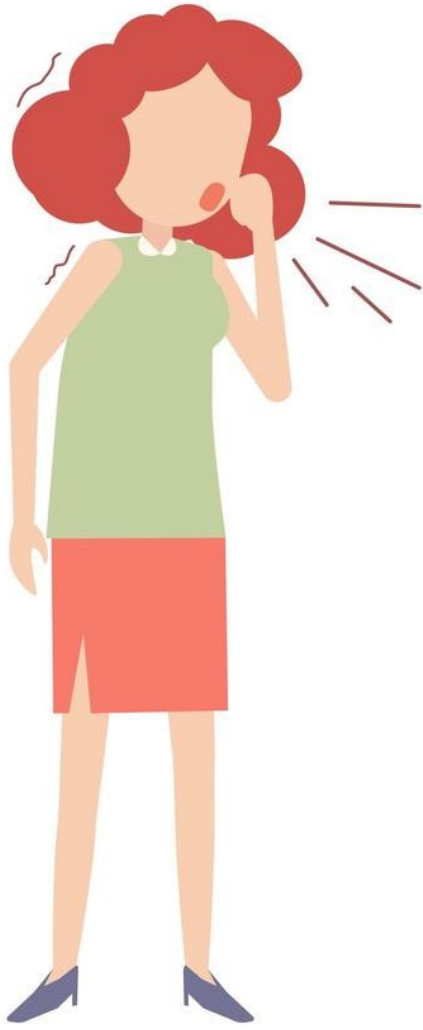
Antecedentes personales:

- Sin alergias medicamentosas conocidas. Sin hábitos tóxicos.
- Sin factores de riesgo cardiovascular ni historia cardiológica previa.
- **Sinusopatía crónica.** Estudio en Neumología y Otorrinolaringología por **tos crónica.** Espirometría normal.
- Intervenida de escoliosis dorso-lumbar. **Dorsalgia** crónica.
- **Sd. ansioso.**
- Sin tratamientos crónicos. Analgesia a demanda si dolor.



Enfermedad actual:

- Previamente asintomática, el día del ingreso presenta **acceso de tos intenso** seguido de **episodio sincopal** con TCE leve.
- Tras una recuperación rápida y sin déficits neurológicos, inicia **dolor retroesternal** irradiado a ambos hemitórax, prolongado, acompañado de **disnea** e importante estrés emocional por **sensación de muerte** inminente.



A su llegada a Urgencias:

- **Analítica** sanguínea: función renal, iones y hemograma normales.
 - **Troponina I ultrasensible: 876 (pico)** (Normal 0-45)
 - **D-Dímero:** 340 (normal <500)
 - **Gasometría arterial** basal: normal.
 - **Rx tórax:** sin alteraciones pleuropulmonares agudas.
 - **ECG:** ver en la siguiente página...
-
- Ecocardiograma transtorácico (4º día de ingreso): FEVI preservada, sin alteraciones en la contractilidad segmentaria.

aVR

V1

V4

aVL

V2

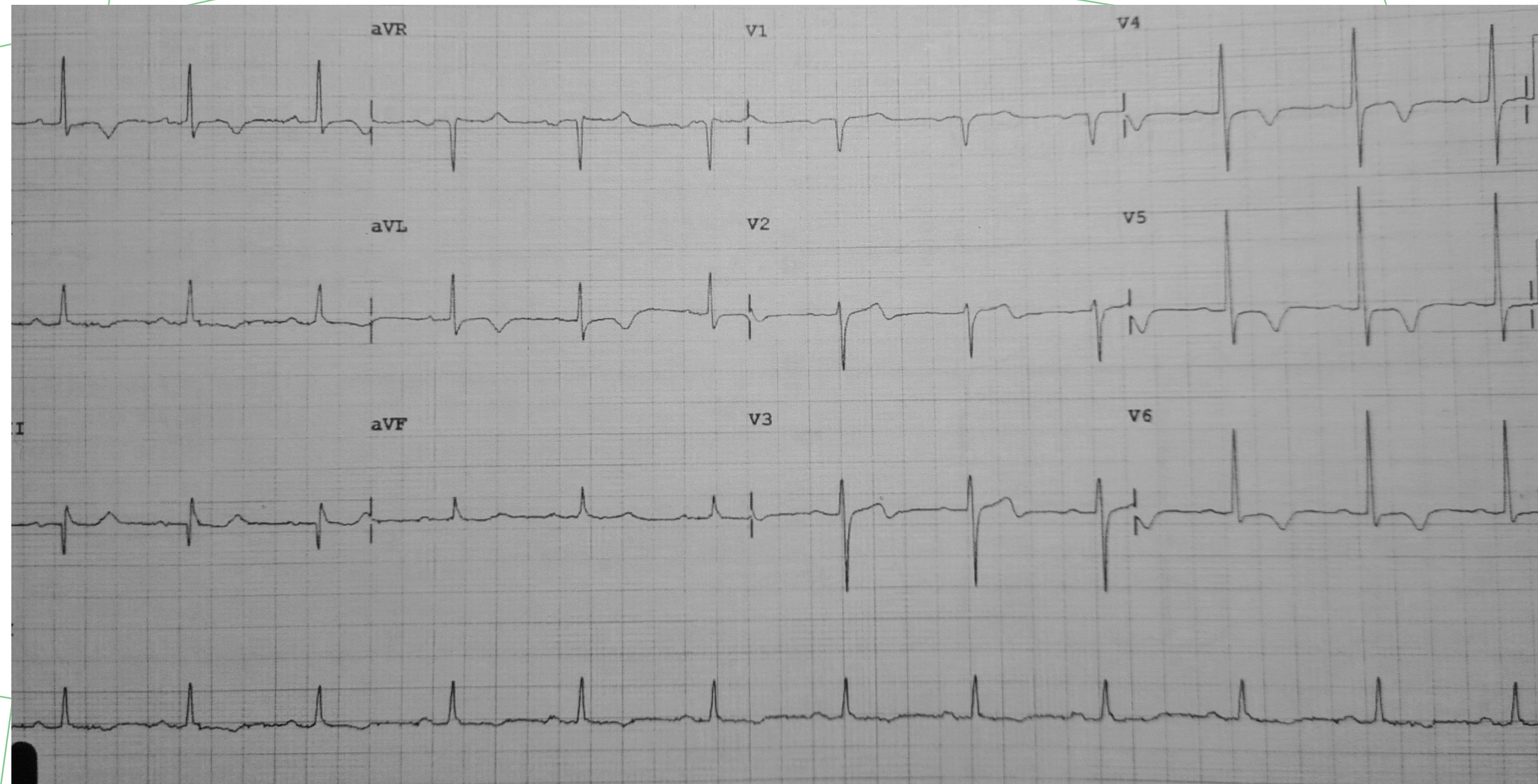
V5

aVF

V3

V6

I

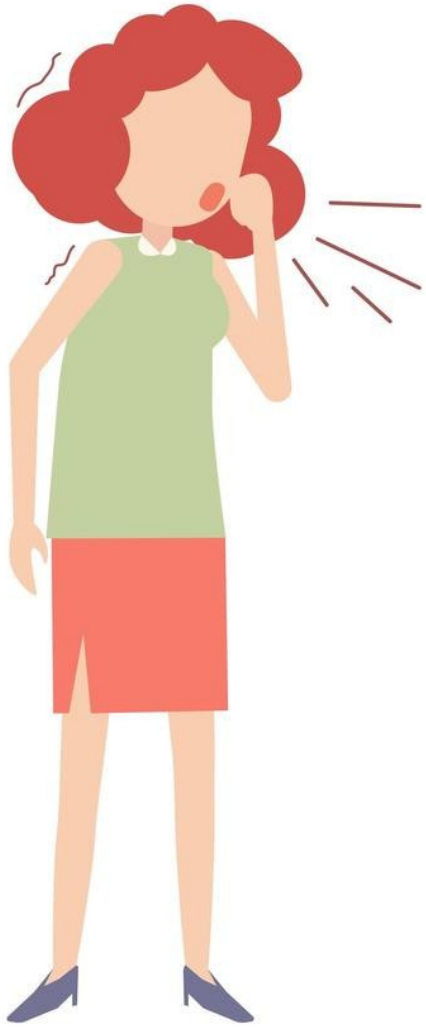




¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico
MENOS probable con los datos aportados?

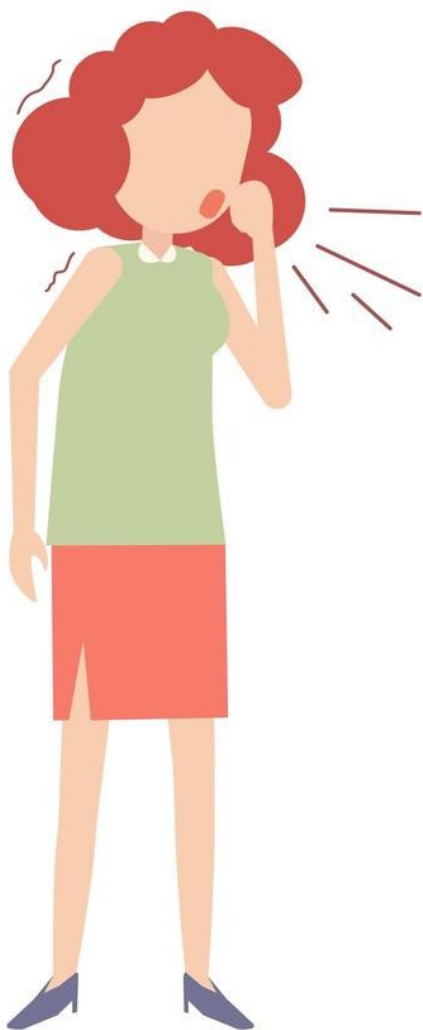
- Tromboembolismo pulmonar
- SCASEST
- Disección coronaria
- Sd de Tako-Tsubo

Avanza a la siguiente página para ver la respuesta...



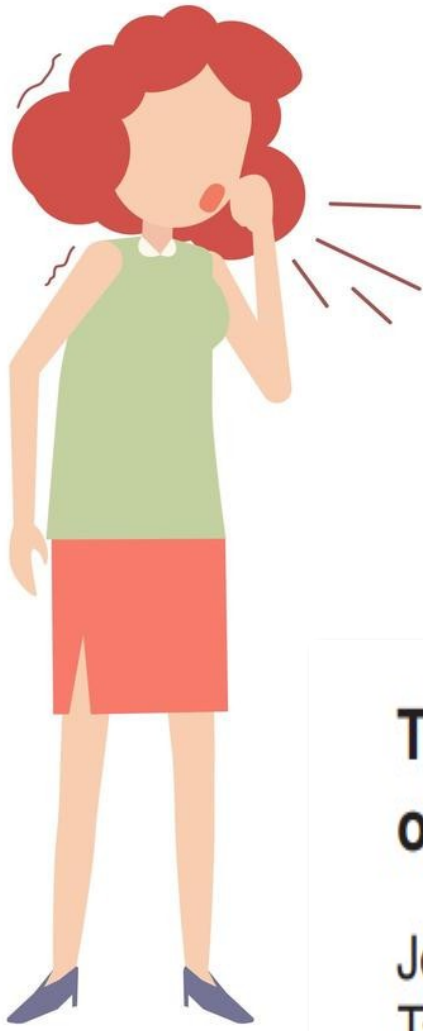
¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico **MENOS probable** con los datos aportados?

- Tromboembolismo pulmonar
- SCASEST
- Disección coronaria
- Sd de Tako-Tsubo



Se completó el estudio durante el ingreso con:

- Coronariografía: arterias coronarias normales.
- RMN cardíaca: FEVI normal. **Hiperintensidad difusa de secuencias potenciadas en T2 de todos los segmentos miocárdicos de las regiones media y apical sugestivo de Tako-Tsubo.**
- Monitorización ECG: sin eventos arrítmicos. Mantiene RS con frecuencia adecuada.
- Valoración por Neumología:
 - * Se completó estudio con TAC torácico que descarta patología a nivel de parénquima pulmonar.
 - * Se plantea inicio de tratamiento con codeína e inicio de pregabalina a dosis bajas en caso de mala respuesta.



Juicio diagnóstico al alta:

1. Síndrome de Tako-Tsubo en el contexto de síncope tusígeno y estrés emocional secundario.
2. Arterias coronarias normales. FEVI preservada.
3. Tos crónica. Sinusopatía crónica.

Takotsubo Syndrome: A Review of Presentation, Diagnosis and Management

Joseph Assad^{1,2,3} , Giuseppe Femia^{1,4,5} , Patrick Pender^{1,2,3},
Tamer Badie^{1,2,3,4} and Rohan Rajaratnam^{1,2,3,4}

Clinical Medicine Insights: Cardiology
Volume 16: 1–11
© The Author(s) 2022
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/11795468211065782



- El Síndrome de Takotsubo se caracteriza por una **disfunción transitoria del ventrículo izquierdo que generalmente se desencadena por cambios emocionales o físicos**.
- Desde que se describió por primera vez en Japón en 1990, se reporta cada vez con más frecuencia en la práctica clínica y **representa hasta el 2 % de los eventos coronarios agudos**.
- La presentación clínica puede ser indistinguible de un infarto de miocardio.
- Aunque la evidencia actual sugiere un **aturdimiento miocárdico inducido por catecolaminas**, los mecanismos fisiopatológicos siguen siendo desconocidos.
- Curiosamente, es más común en la **mujer**, particularmente en las posmenopáusicas.

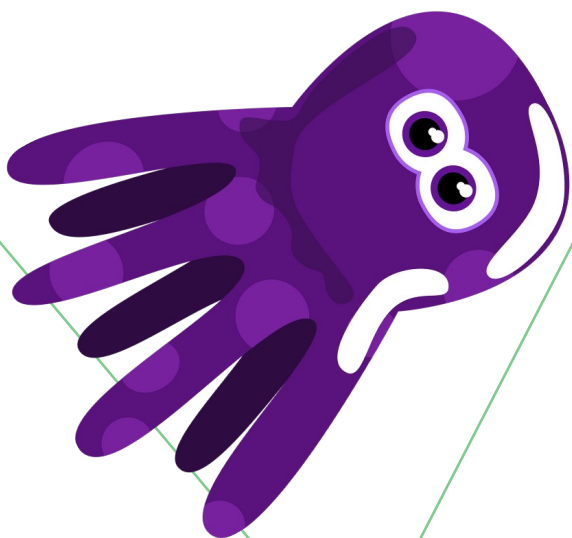
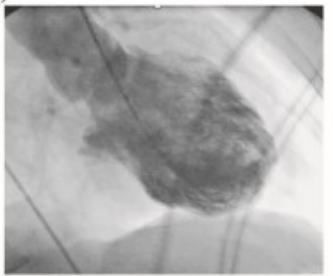
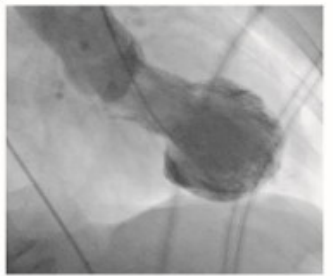




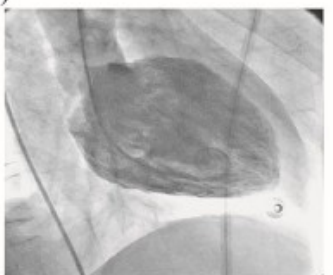
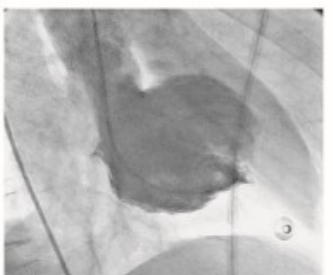
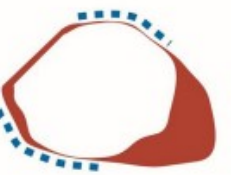

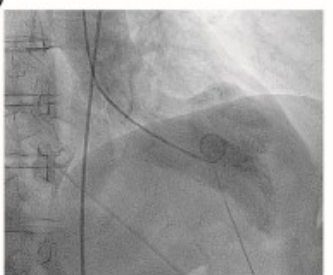



Figura 1. Recipiente japonés para pulpos, llamado "Takotsubo"



Apical Type	(a) 	(b) 	
Midventricular Type	(c) 	(d) 	
Basal Type	(e) 	(f) 	
Focal Type	(g) 	(h) 	

APICAL (81,7%)

**MEDIO-VENTRICULAR
(14,6%)**

BASAL (2,2%)

FOCAL (1.5%)

Table 1. International Takotsubo (InterTAK) diagnostic criteria.

INTERNATIONAL TAKOTSUBO DIAGNOSTIC CRITERIA (INTERTAK DIAGNOSTIC CRITERIA) ²²	
1. Patients show transient ^a left ventricular dysfunction (hypokinesia, akinesia or dyskinesia) presenting as apical ballooning or midventricular, basal or focal wall motion abnormalities. Right ventricular involvement can be present. Besides these regional wall motion patterns, transitions between all types can exist. The regional wall motion abnormality usually extends beyond a single epicardial vascular distribution; however, rare cases can exist where the regional wall motion abnormality is present in the subtended myocardial territory of a single coronary artery (focal TTS). ^b	
2. An emotional, physical or combined trigger can precede the takotsubo syndrome event, but this is not obligatory.	
3. Neurologic disorders (eg, subarachnoid haemorrhage, stroke/transient ischaemic attack or seizures) as well as pheochromocytoma may serve as triggers for takotsubo syndrome.	
4. New ECG abnormalities are present (ST-segment elevation, ST-segment depression, T-wave inversion and QTc prolongation); however, rare cases exist without any ECG changes.	
5. Levels of cardiac biomarkers (troponin and creatine kinase) are moderately elevated in most cases; significant elevation of brain natriuretic peptide is common.	
6. Significant coronary artery disease is not a contradiction in takotsubo syndrome.	
7. Patients have no evidence of infectious myocarditis. ^b	
8. Postmenopausal women are predominantly affected.	

Source: Adapted from Ghadri et al.²²

^aWall motion abnormalities may remain for a prolonged period of time or documentation of recovery may not be possible. For example, death before evidence of recovery is captured.

^bCardiac magnetic resonance imaging is recommended to exclude infectious myocarditis and diagnosis confirmation of takotsubo syndrome.

VENTRICULOGRAFÍA

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

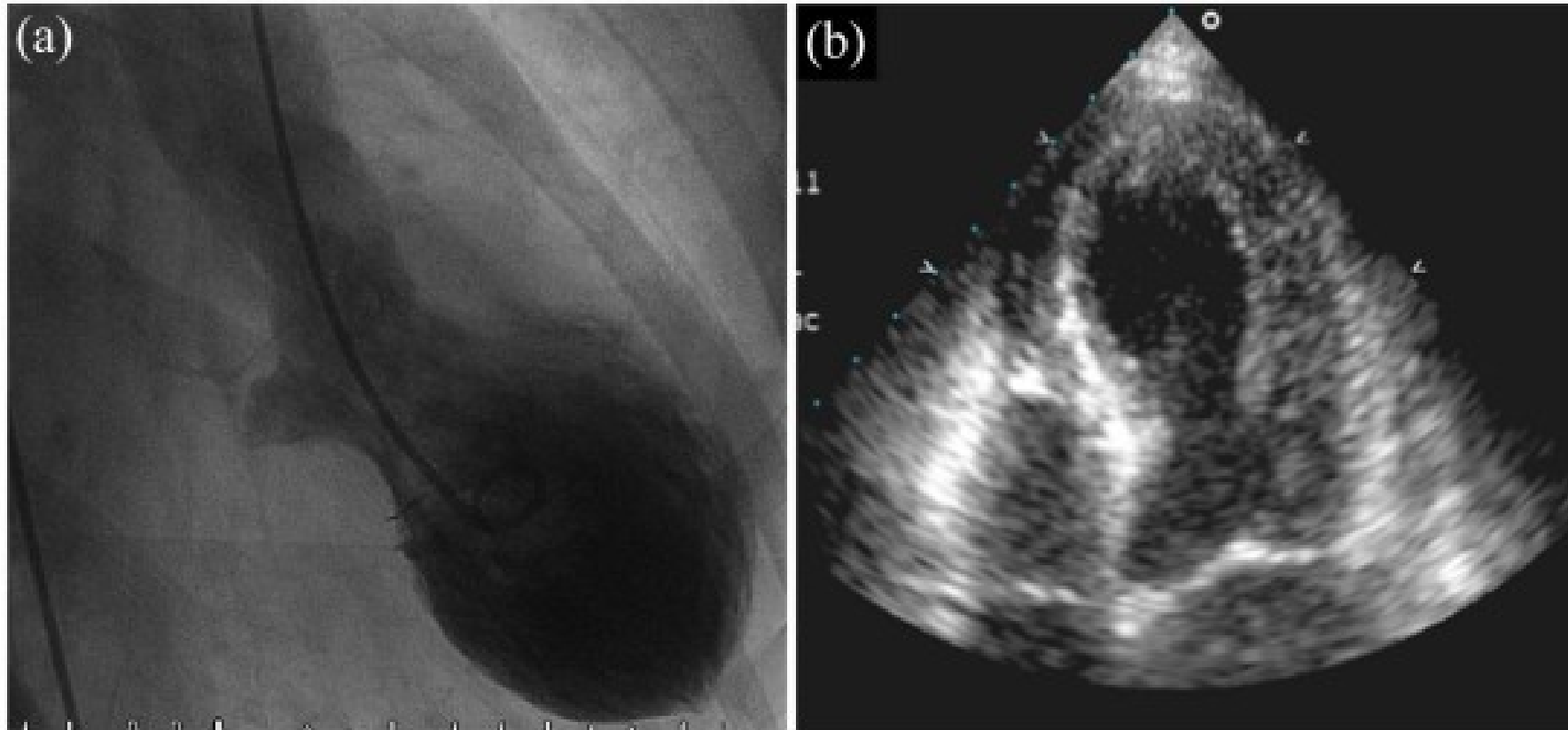


Figure 2. (a) Left ventriculogram right anterior oblique projection in end-systole demonstrating apical ballooning. (b) Four chamber transthoracic echocardiogram in end systole demonstrating apical ballooning. The area around the apex shows akinesis, and the basal segments display hypercontraction.