

6123-15. SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS NO ATEROESCLERÓTICOS. DIFERENCIAS PRONÓSTICAS INTRAHOSPITALARIAS Y A LARGO PLAZO ENTRE INFARTO EMBÓLICO Y SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*

Cristina Villabona Rivas, Alberto Vera Sainz, David Aritza Conty Cardona, Adela María Navarro Echeverria, Octavio Raúl Jiménez Melo, Valeriano Ruiz Quevedo, Julene Ugarriza Ortueta, Jara Amañur García Ugaldebere, Arturo Lanaspa Gallego, Marina Virosta Gil, Amaia Loyola Arrieta, Andoni Fernández González, Amaia Yuan Ibargoyen Aira, Miriam Sánchez Sánchez y Virginia Álvarez Asiain

Cardiología. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El infarto embólico y el síndrome de *tako-tsubo* (TTS) son dos causas de síndrome coronario agudo no aterosclerótico. Hasta el momento las diferencias pronósticas intrahospitalarias y a largo plazo entre estas dos entidades no han sido evaluadas. El objetivo principal del estudio es comparar los eventos intrahospitalarios y en el seguimiento entre el infarto embólico y el TTS.

Métodos: Para superar las limitaciones en la evidencia, se ha llevado a cabo un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, en el que se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes ingresados en Cardiología con diagnóstico final de infarto embólico y TTS entre los años 2016 y 2024. Para el diagnóstico de infarto embólico se utilizaron los criterios de Shibata y para el de TTS los criterios de la Clínica Mayo. Se recogieron las características basales, los eventos en el ingreso y en el seguimiento y, posteriormente, se compararon ambos grupos.

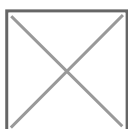
Resultados: Se incluyeron un total de 174 pacientes, 89 (51,15%) de ellos con infarto embólico y 85 (48,85%) con TTS. La variable principal durante el ingreso se definió como el compuesto de mortalidad intrahospitalaria, insuficiencia cardíaca, ictus y *shock* cardiogénico, siendo mayor en el grupo de TTS (47 vs 24%, $p = 0,001$), a expensas de mayor incidencia de insuficiencia cardíaca (38 vs 12%, $p = 0,001$), pero con mortalidad intrahospitalaria significativamente mayor en el grupo de infarto embólico (10 vs 0%, $p = 0,003$), sin hallar diferencias en la incidencia de ictus o de *shock* cardiogénico (tabla). En el seguimiento a largo plazo, se analizó la variable compuesta de ictus, reinfarto, ingreso por insuficiencia cardíaca, mortalidad cardiovascular y mortalidad por todas las causas, confirmándose una mayor tasa de eventos en el grupo de infarto embólico (24 vs 8%, $p = 0,001$) (tabla, figura) a expensas de ictus (7,5 vs 2%, $p = 0,024$), sin diferencias en el resto de los componentes de la variable principal.

Eventos durante el ingreso			
	Infarto embólico (n = 89)	Síndrome de <i>tako-tsubo</i> (n = 85)	p*

Evento combinado intrahospitalario	21 (24%)	40 (47%)	0,001
Mortalidad intrahospitalaria	9 (10%)	0 (0%)	0,003
Insuficiencia cardiaca	11 (12%)	32 (38%)	0,001
Ictus	7 (8%)	8 (9%)	0,7
<i>Shock</i> cardiogénico	8 (9%)	3 (3%)	0,2

Eventos durante el seguimiento

	Infarto embólico (n = 80)	Síndrome de <i>tako-tsubo</i> (n = 85)	p
Evento combinado en el seguimiento	19 (24%)	7 (8%)	0,001
Ictus	6 (7,5%)	2 (2%)	0,024
Reinfarto	4 (5%)	2 (2%)	0,1
Insuficiencia cardiaca	3 (4%)	2 (2%)	0,3
Mortalidad cardiovascular	2 (2,5%)	0 (0%)	0,5
Mortalidad por todas las causas	7 (9%)	3 (3%)	0,08



Conclusiones: Ambas entidades muestran altas tasas de complicaciones intrahospitalarias, siendo la insuficiencia cardiaca más frecuente en el TTS, si bien la mortalidad intrahospitalaria del infarto embólico fue significativamente mayor. Por último, en el seguimiento el infarto embólico se asoció con peor pronóstico, por lo que estos pacientes podrían beneficiarse de un seguimiento más estrecho de cara a evitar posibles complicaciones.