



Revista Española de Cardiología



6040-508. SÍNDROME DE TAKO TSUBO EN LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL. ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS, TERAPÉUTICAS Y EVOLUCIÓN A 3 AÑOS

Jesús Piqueras Flores, Andrea Moreno Arciniegas, Álvaro Moreno Reig, Ramón Maseda Uriza, Juan Antonio Requena Ibáñez, María Thiscal López Lluva, Ignacio Sánchez Pérez y Alfonso Jurado Román del Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Objetivos y métodos: Estudio prospectivo observacional desde 2012 hasta la actualidad de pacientes con sospecha inicial de síndrome de tako tsubo (STT) en el área asistencial de la provincia de Ciudad Real. Valorar incidencia, clínica y manejo diagnóstico-terapéutico comparándolo con series nacional e internacionales. Seguimiento para valorar la recurrencia, CF y mortalidad.

Resultados: La incidencia fue del 0,5% de síndromes coronarios agudos/año; 23 pacientes con sospecha clínica inicial de STT. Diagnóstico final del mismo en 18; 94,4% fueron mujeres, con edad media de $69,09 \pm 21,09$. 83% HTA, 6,7% DM, 53% dislipemia. Se objetivó porcentaje mayor de pacientes con antecedentes de enfermedad neurológica (28%) y trastornos tiroideos (33,3%) en comparación con registros de referencia; - Hubo estrés desencadenante en 44,4%, ICC en 22,3% y *shock* cardiogénico en 16,7%; -61% de los pacientes tenían elevación de ST y el 72% ondas T negativas en la evolución. La troponina Ic media fue de 4,42 ng/dl. En 22,2% hubo obstrucción de TSVI, 33% Insuficiencia Mitral III-IV, FEVI promedio del 37,2%; 89% tuvieron patrón típico y 11% atípico. De los no STT finalmente hubo una disección coronaria y el resto IAM detectados por cardio RMN (realce subendocárdico tardío); 1 caso de recurrencia a 2 años, con mortalidad nula en fase aguda y seguimiento. 83% presentaron CF NYHA I a los 6 meses. El 72% de los pacientes fueron de alta con beta bloqueantes, el 95,6% con IECA/ARA2, manteniendo actualmente 72% beta bloqueante y 76% con IECA/ARA2. El 83% fueron dados de alta con antiagregación, de los cuales lo mantienen el 68%. Comparando los pacientes con diagnóstico final de STT con los que no tuvieron este diagnóstico, hubo diferencias significativas en elevación de biomarcadores cardiacos, reversibilidad de trastornos contráctiles y estrés desencadenante.

	Tako Tsubo final (18)	Serie RETAKO (n = 202)	Series internacionales
Sexo femenino	94,4%	90,1%	
Edad	$69,06 \pm 21,9$	70 ± 25	
Enf neurológica	27,8% (5)	10,3% (21)	

Hipotiroidismo	27,8% (5)	7,9% (16)	
Estrés desencadenante	44,4% (8)	72,8%	
Dolor torácico Típico	89% (16)		
Killip 3-4	5,6% (1)/16,7% (3)	10,9%/8,9%	
Arritmias ventriculares	5,6% (1)	5,4% (11)	
Elevación ST inicial	61,1% (11)	60,9%	34-68%
Ondas T neg evolución	72,2% (13)	91,1%	97%
Pico troponina Ic	4,42 (0,05-19,2)		0,01-5,2
FEVI	37,22%	44%	20-49%
IM grado III-IV	33,3% (6)		19-25%
Obstrucción TSVI (a veces con SAM)	22,2% (4)		16%
Patrón	88,9%(16) típico		82% típico
	11,1% (2) atípico		18% atípico (17% seg.medios, 1% seg. basales)
Recuperación FEVI	3,6 semanas (1s-8s)		1-4 semanas
	No Tako Tsubo final (5)	Sí Tako Tsubo final (18)	Significación
Estrés desencadenante	2	8	p = 0,08
Troponina	16,05	4,42	p = 0,02
Recuperación FEVI	1	18	0,001

Conclusiones: El STT en nuestra área tiene buena evolución, muy baja recurrencia y mortalidad, con mayor prevalencia de trastornos tiroideos y migraña. La cardio RMN es fundamental en diagnóstico diferencial de STT y los bloqueadores beta parecen ser clave para evitar recurrencias. Objetivamos un excesivo tratamiento antiagregante en nuestra área en estos pacientes sin indicación clínica. La ausencia de estrés previo y la mayor elevación de troponina son más frecuentes en pacientes sin diagnóstico final de STT.