



7006-18. ATENUACIÓN TRANSITORIA Y BAJO VOLTAJE DEL QRS EN EL SÍNDROME DE TAKO TSUBO, UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

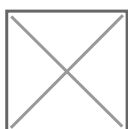
Jorge Salamanca Vilorio, Álvaro Lozano Rosado, Rosa Montes de Oca, Víctor Martínez Dosantos, Jorge Restrepo Carmona, María Teresa Bastante Valiente, Río Jorge Aguilar Torres y Fernando Alfonso Manterola del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de La Princesa, IIS-P, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La presentación electrocardiográfica y clínica del síndrome de tako tsubo (STT) y la del síndrome coronario agudo (SCA) pueden ser idénticas, sin embargo su fisiopatología, pronóstico y tratamiento difieren. Actualmente no existen criterios electrocardiográficos de STT que nos permitan diferenciarlo de los SCA. El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de bajo voltaje del QRS (BVQRS) en los electrocardiogramas (ECG) al ingreso y la presencia del fenómeno de atenuación transitoria de la amplitud del QRS (ATQRS) comparando el ECG al ingreso con los ECG realizados durante la evolución en pacientes con STT.

Métodos: Se incluyeron 39 pacientes con diagnóstico de STT. En todos los pacientes se registró y se analizó el ECG al ingreso y los ECG en los días sucesivos. Se evaluó retrospectivamente la prevalencia de BVQRS en el ECG al ingreso y la prevalencia de ATQRS comparando la amplitud del QRS al ingreso con la amplitud del QRS de los sucesivos ECG. Para su análisis las derivaciones se agruparon en anteriores (ANT: V1-V3), laterales bajas (LATb: V4-V6), laterales altas (LATA: DI y aVL), inferiores (INF: DII, DIII y aVF) y aVR (opuesta al ápex cardiaco). Se consideró BVQRS una amplitud del QRS ≤ 5 mV en derivaciones de los miembros y ≤ 10 mV en precordiales. ATQRS se definió como un aumento en la amplitud del QRS $\geq 20\%$ y ≥ 2 mV en al menos dos derivaciones, excepto en aVR y LATA.

Resultados: Se observó BVQRS en 36 pacientes (92%) y ATQRS en 36 pacientes (92%). Describiéndose en 1 (2,5%) la ausencia de ambos datos y en 34 (87%) la presencia de ambos. La mediana de tiempo entre los ECG analizados para la valoración de ATQRS fue de 6 días. Por localización, se describió BVQRS en ANT en el 59%, en LATb en el 46%, en INF en el 56%, en LATA en el 56% y en aVR en el 54%. Se describió ATQRS en ANT en el 67%, en LATb en el 54%, en INF en el 26%, en LATA en el 33% y en aVR en el 31%. El valor porcentual medio de ATQRS, en aquellos pacientes que la presentaron, fue del $39 \pm 11\%$ (20-63%).



Bajo voltaje del QRS en ECG realizado al ingreso (derivaciones laterales altas, aVR y precordiales) y fenómeno de atenuación transitoria del QRS comparando con el ECG en la evolución (derivaciones precordiales anteriores y laterales bajas).

Distribución de la muestra por localización electrocardiográfica del bajo voltaje del QRS (BVQRS), atenuación transitoria de la amplitud del QRS (ATQRS) y porcentaje medio de atenuación

n = 39	Bajo voltaje QRS	Atenuación transitoria QRS	
	Pacientes con BVQRS (%)	Pacientes con ATQRS (%)	*% medio de atenuación
Anterior	23 (59%)	26 (67%)	35%
Lateral baja	18 (46%)	21 (54%)	34%
Lateral alta	22 (56%)	13 (33%)	47%
Inferior	22 (56%)	10 (26%)	38%
aVR	21 (54%)	12 (31%)	42%

*% medio de atenuación = (suma amplitudes QRS en las derivaciones correspondientes en ECG en la evolución-suma amplitudes QRS de las mismas derivaciones en el ECG al ingreso) / (suma amplitudes QRS en dichas derivaciones en ECG en la evolución).

Conclusiones: La presencia de BVQRS en el ECG al ingreso y la demostración de ATQRS, comparando con ECG realizados en la evolución, son datos muy prevalentes en los pacientes con diagnóstico de STT. La valoración e identificación de estas características electrocardiográficas pueden servir de apoyo, junto con la coronariografía y las pruebas de imagen no invasiva, en el diagnóstico diferencial de esta entidad.