



6017-277. SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*: UNA ENTIDAD NO TAN BENIGNA EN NUESTROS PACIENTES

Carmen Collado Moreno¹, Irene Valiente Alemán², Ramón Fernando García González¹, Francisco Javier Camacho Jurado¹, Iván Lobo Torres¹, Sara Blasco Turrión¹, Pablo José González Pérez¹ y Francisco José Morales Ponce¹ del ¹Servicio de Cardiología y ²Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de *tako-tsubo* (STT) fue descrito por primera vez por Sato et al. en Japón en 1990. La Clínica Mayo propuso unos criterios diagnósticos en 2004 que se modificaron en 2008 para facilitar su identificación.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes ingresados en nuestro hospital entre el 1 de marzo de 2007 y el 28 de febrero de 2017 que cumplieran con los criterios diagnósticos de STT propuestos por la Clínica Mayo. Los datos fueron extraídos del servicio de documentación clínica y el programa informático del Sistema Sanitario Andaluz. Se describen la prevalencia con respecto al número de infartos agudo de miocardio (IAM) ingresados en ese periodo, las características clínicas, el tratamiento al alta y el pronóstico a corto plazo de los pacientes diagnosticados con STT en nuestro hospital.

Resultados: Se registró un total de 1.602 pacientes con diagnóstico de IAM de los cuales 30 pacientes cumplieron los criterios de diagnósticos de STT. La prevalencia fue del 1,87% con una edad media de 59,73 ± 10,9 años. El STT fue más frecuente en mujeres (83,3%). Los factores de riesgo cardiovasculares encontrados fueron hipertensión (56,6%), dislipemia (30%), diabetes mellitus (20%) y tabaquismo (13,3%). La ansiedad o los trastornos depresivos solo se encontraron en 2 pacientes (6,6%). El tratamiento al alta hospitalaria fue por orden de frecuencia: ácido acetilsalicílico (96%), bloqueadores beta (90%), inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA)/ARA II (83,3%), estatinas (70%) y doble antiagregación (53,3%). El seguimiento al mes de estos pacientes reveló solo una muerte (3,3%) que fue de causa cardiovascular. Esta paciente sufrió un segundo episodio de STT después de una intervención quirúrgica mayor electiva y falleció por Insuficiencia cardiaca aguda en las primeras 24 horas.

Conclusiones: En nuestra población, el STT es una entidad relativamente frecuente entre los pacientes diagnosticados de IAM. Las características clínicas fueron similares a las descritas en el Registro Internacional de Zurich, excepto los trastornos del estado del ánimo. El tratamiento al alta hospitalaria con bloqueadores beta se prefirió a los IECA o ARAII. Se encontró una mortalidad significativa a corto plazo.