



Revista Española de Cardiología



6017-274. TAKO-TSUBO: UNA ENTIDAD DIFERENTE DENTRO DEL INFARTO SIN LESIONES CORONARIAS OBSTRUCTIVAS

Bárbara Izquierdo Coronel, Javier López Pais, María Jesús Espinosa Pascual, David Galán Gil, Juan Gorriz Magana, Carlos Gustavo Martínez Peredo, Paula Awamleh García y Joaquín Jesús Alonso Martín del Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe controversia sobre si el síndrome de *tako-tsubo* (STT) se debe incluir dentro del infarto agudo de miocardio sin estenosis coronarias significativas (MINOCA, por sus siglas en inglés) como lo han hecho las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Nuestro objetivo es aportar información a esta controversia analizando las diferencias entre los MINOCA que no son STT y los pacientes con STT.

Métodos: Estudio de cohortes, analítico, observacional y prospectivo en un hospital y su área. Se recogen todos los pacientes consecutivos ingresados por STT en 26 meses. El control fueron 63 pacientes consecutivos ingresados por MINOCA no-STT. Se utilizaron las definiciones del 2016 *ESC working group position paper on MINOCA* y los criterios diagnósticos de STT de la Clínica Mayo. Se consideraron eventos adversos mayores (MACE) la mortalidad, el reinfarto de miocardio y el ictus.

Resultados: El 27% (23 pacientes) de los 86 pacientes ingresados por MINOCA fueron STT. Comparados con los MINOCA no-STT, fueron de edad superior (72 ± 11 frente a 58 ± 16 años, $p = 0,02$), más frecuentemente mujeres (73,9 frente a 36,5%, $p < 0,01$) y tuvieron con más frecuencia estrés emocional agudo (44 frente a 11%, $p < 0,01$) y problemas autoinmunes (30,4 frente a 14,3%, $p = 0,1$). No hubo diferencias en los factores de riesgo, salvo en el porcentaje de hipertensos (73,9 frente a 46%, $p = 0,02$), ni en la frecuencia de alteraciones psicoemocionales crónicas: estrés crónico (26 frente a 40%), enfermedades psiquiátricas (30 frente a 29%), migraña (9 frente a 13%). Aunque la mortalidad intrahospitalaria fue similar, el STT se presentó con más frecuencia con ST elevado (48 frente a 19%, $p < 0,01$), disfunción ventricular (87 frente a 20%, $p < 0,01$), Killip $> II/IV$ (27 frente a 0,0%, $p < 0,01$) o como complicación intercurrente de otra patología (13 frente a 3%, $p = 0,01$). Los STT tuvieron más complicaciones intrahospitalarias (43 frente a 11%, $p = 0,03$) y mayor estancia media (18 ± 28 frente a 7 ± 16 , $p < 0,01$). A pesar de ello, el pronóstico durante el seguimiento (mediana 12,5m) fue similar entre STT y MINOCA no-STT, tanto en mortalidad (0,0 frente a 2,1%) como MACE (12,5 frente a 8,5%) clase funcional $> II/IV$ (12,5 frente a 10,6%) o reingreso (31,3 frente a 29,8%).

Conclusiones: El STT supuso más del 25% de los MINOCA y parecen presentar en muchos aspectos un perfil diferente al resto de MINOCA en factores de riesgo (edad, HTA, estrés agudo y sexo) y en su evolución, de mayor gravedad, con más complicaciones hospitalarias, si bien el pronóstico a largo plazo es similar.