Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 843

Revista Española de Cardiología

6017-275. VEINTICINCO AÑOS DEL SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*: ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS MENOS CONOCIDAS

Javier López Pais[1], María López Pais[1], Bárbara Izquierdo Coronel[1], Carlos Gustavo Martínez Peredo[1], Luis López Barreiro[2] y Joaquín Alonso Martín[1] del [1]Hospital Universitario de Getafe, Madrid, y [2]Complexo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: Tras 25 años de la descripción del síndorme de *tako-tsubo* (STT) aún existen lagunas en su conocimiento, como el hecho de si se debe considerar un infarto agudo de miocardio (IAM) o una miocardiopatía. Grandes registros han arrojado luz sobre su perfil clínico, epidemiológico y pronóstico. Nuestro objetivo es analizar características menos estudiadas.

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. Se usaron los criterios diagnósticos de la Clínica Mayo. El control fueron 122 ingresos consecutivos por IAM con enfermedad coronaria obstructiva (EC).

Resultados: Veintitrés (3,2%) de 735 ingresos por IAM fueron STT. Se encontró vínculo entre el STT y situaciones proinflamatorias: cáncer activo (17,4 frente a 4,1%, p = 0,03), enfermedad del tejido conectivo (8,7 frente a 0%, p = 0,02), evento intercurrente durante ingreso por otra patología (21,7 frente a 2,5%, p < 0,01), tendencia a más presencia de enfermedades autoinmunes (30,4 frente a 14,8%, p = 0,07) y a mayores niveles de PCR (50,4 ± 55 frente a 21,62 ± 38, p = 0,06). Hubo más dificultades para cateterizar la radial en los STT (29,4 frente a 9,4%, p = 0,04). Los pacientes con STT presentaron más disfunción ventricular (87,0 frente a 37,7%, p < 0,01). La frecuencia cardiaca al ingreso fue mayor en los STT (96,4 ± 25 frente a 79,1 ± 17, p < 0,01), con tendencia a tensión sistólica más baja (133,2 ± 30 frente a 146,5 ± 27, p = 0,06) y a menos troponina I (8,9 ± 19 frente a 34,8 ± 61, p = 0,05), sin diferencias en creatinkinasa (834,4 ± 2.450 frente a 930,9 ± 1.385). Los STT tuvieron mayor estancia (18,36 ± 28,1 frente a 7,48 ± 9,7, p < 0,01) y más complicaciones intrahospitalarias (42,9 frente a 14,7%, p < 0,01) sin diferencias en la mortalidad hospitalaria (0,0 frente a 1,6%). Se confirman hallazgos ya conocidos: mayoría de mujeres (73,9 frente a 23,8%, p = 0,000), mayores (71,6 ± 11 frente a 65,7 ± 13,9, p = 0,03), tendencia a menos factores de riesgo cardiovascular [(DM 21,7 frente a 40,5%, p = 0,1, dislipemia 47,8 frente a 65,8%, p = 0,1, tabaquismo 43,5 frente a 65,6%, p = 0,06, sin diferencias en HTA (73,9 frente a 66,7%, p = 0,6)] y más enfermedades psiquiátricas (30,4 frente a 12,3%, p 0,05).

Conclusiones: El STT es frecuente (3,2% de los IAM). Afecta más a mujeres con menos factores de riesgo. No es tan benigno como se pensaba (42,9% de complicaciones hospitalarias). Parece existir relación entre situaciones proinflamatorias y STT, pero se necesitan mayores estudios para confirmarlo.