



## 5026-6. SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO* COMPLICADO CON *SHOCK* CARDIOGÉNICO. RESULTADOS DEL REGISTRO RETAKO

Manuel Almendro Delia<sup>1</sup>, Manuel Lobo González<sup>1</sup>, Iván Javier Núñez Gil<sup>2</sup>, Mireia Andrés<sup>3</sup>, Alessandro Sionis<sup>4</sup>, Ana Martín<sup>5</sup>, Teresa Bastante<sup>6</sup> y Juan Carlos García Rubira, en Representación de los Investigadores del Registro RETAKO<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, <sup>3</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, <sup>4</sup>Hospital de Sant Pau, Barcelona, <sup>5</sup>Hospital Universitario de Salamanca y <sup>6</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El síndrome de *tako-tsubo* (STK) suele asociarse a buen pronóstico en principio por la reversibilidad de la disfunción ventricular. Existen escasos datos sobre el impacto pronóstico a muy largo plazo del STK complicado con *shock* cardiogénico (SC). Describimos el curso intrahospitalario y el pronóstico a muy largo plazo de pacientes con STK asociado a SC durante su ingreso.

**Métodos:** Pacientes consecutivos incluidos de forma prospectiva en el registro nacional RETAKO entre 2003-2016, que cumplieran los criterios de Mayo modificados. Se analizaron las complicaciones intrahospitalarias así como el tiempo hasta la aparición del primer evento durante el seguimiento (muerte, recurrencia de STK o reingreso cardiovascular [CV]) recurriendo a modelos de riesgos proporcionales de Cox, considerando riesgos competitivos.

**Resultados:** De 711 pacientes, 81 (11,4%) desarrollaron SC, 55 en el momento del ingreso. Los factores de riesgo CV y la forma de disfunción (apical frente a no-apical) fueron similares en SC y aquellos sin SC. En el grupo con SC hubo más varones, más insuficiencia renal crónica y EPOC, con más desencadenantes de tipo físico así como disnea y síncope como forma de presentación. La FEVI fue menor ( $32 \pm 10$  frente a  $44 \pm 11$ ;  $p < 0,0001$ ) y el QTc más alargado (mediana; 530 frente a 493;  $p = 0,002$ ) en el grupo con SC. Los determinantes independientes de aparición de SC fueron el sexo masculino, el QTc, la FEVI y el gradiente interventricular (Estadístico C = 0,83). El grupo con SC experimentó más complicaciones intrahospitalarias (tabla). Durante el seguimiento (mediana [p25-p75] de 280 (91-975) días, 28 sujetos perdidos, se produjeron 54 muertes (10 CV, 39 no-CV y 5 causa desconocida), 17 recurrencias y 70 reingresos. La incidencia acumulada a largo plazo de muertes fue superior en el grupo SC; muerte por cualquier causa 29 frente a 8%, HR (IC95%) 4,9 (2,95-8,12);  $p < 0,0001$ ; muerte CV 8 frente a 1,1%, subHR (IC95%) 4,23 (2,64-22,6);  $p = 0,002$ . La tasa de recurrencias (1,5 frente a 3,2%) y los reingresos (15 frente a 10%) fueron similares en ambos grupos.

### Complicaciones intrahospitalarias

<i>Shock</i> cardiogénico (n = 81)	Sin <i>shock</i> cardiogénico (n = 630)	p
------------------------------------	---	---

## Complicaciones intrahosp (%)

Mortalidad	11 (16%)	6 (1%)	< 0,0001
Cardiovascular (CV)	2 (3%)	1 (0,2%)	0,707
No-CV	6 (9%)	5 (0,9%)	ns
Arritmias ventriculares	10 (12%)	16 (2,5%)	< 0,0001
Infecciones (sepsis)	41 (50%)	114 (18%)	< 0,0001
Fallo renal agudo	29 (36%)	42 (7%)	< 0,0001
Sangrado mayor	8 (10%)	15 (2,4%)	< 0,0001
Gradiente intraventricular	10 (12%)	40 (6%)	0,047
Estancia, mediana [p25,p75] (días)	13 [8, 24]	7 [4, 9]	< 0,0001

ns: no significativo.

**Conclusiones:** La aparición de SC, preferentemente varones con más estrés de tipo físico y menor FEVI en fase aguda, ensombrece el pronóstico del STK, tanto intrahospitalario como a muy largo plazo. Estos pacientes deberían someterse al alta hospitalaria a un seguimiento más estrecho a pesar de la reversibilidad del cuadro inicial.