



5012-6. ¿DEBERÍAMOS EXCLUIR AL SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO* DEL DIAGNÓSTICO DE TRABAJO DE INFARTO DE MIOCARDIO CON ARTERIAS CORONARIAS NO OBSTRUCTIVAS?

Javier López Pais¹, Iván Javier Núñez Gil², Sergio Raposeiras Roubín³, Bárbara Izquierdo Coronel⁴, Leyre Álvarez Rodríguez¹, Alejandro Castro², Berenice Caneiro Queija³, David Galán Gil⁴, Irene Martín-Demiguel⁵, Manuel Almendro Delia⁶, Emad Abu-Assi³, Alessandro Sionis⁷, Alberto Cordero Fort⁸, Joaquín Jesús Alonso Martín⁴ y José Ramón González Juanatey¹, del ¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña), ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ³Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), ⁴Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), ⁵Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ⁶Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, ⁷Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona y ⁸Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: Existe controversia sobre si el síndrome de *tako-tsubo* (STT) debe, o no, ser clasificado dentro del infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas (MINOCA).

Métodos: Estudio de cohortes basado en 2 registros prospectivos: la población con STT proviene del registro RETAKO (N: 1055) y la de MINOCA de registros coetáneos de infarto agudo de miocardio de 5 centros nacionales (N: 1097). Se utilizaron las definiciones y el tratamiento recomendados por la ESC. Para el análisis de supervivencia mediante regresión de Cox, se creó un emparejamiento por puntuación de propensión para ajustar variables pronósticas (edad y factores de riesgo cardiovascular [FRCV]).

Resultados: Los STT fueron con mayor frecuencia mujeres (85,9 frente a 51,9%; p 0,001), mayores (69,4 ± 12,5 frente a 64,5 ± 14,1 años; p 0,001), con más hipertensión (64,4 frente a 59,7%, p 0,026) sin diferencias en el resto de FRCV. La fibrilación auricular fue más frecuente en MINOCA no-STT (10,4 frente a 14,4%; p 0,007). Los trastornos psiquiátricos fueron más prevalentes en los STT (15,5 frente a 10,2%, p 0,001). El 19,8% de los STT llegaron a Killip > 2, frente al 3,5% de los no-STT (p 0,001). El 77,3% de los pacientes con STT presentaron ECG alterado, en comparación con el 32,2% de los no-STT (p 0,001). Los individuos con STT tenían niveles más altos de troponina, péptidos natriuréticos y proteína C reactiva; así como una hemoglobina más baja. En el momento del alta, el 73,6% de los STT presentaban disfunción ventricular, frente al 28,5% de los no-STT (p 0,001). Hubo complicaciones hospitalarias en el 25,8% de los STT en comparación con el 11,5% de los no-STT (p 0,001). La mortalidad hospitalaria fue mayor en los STT (14,7 frente a 2,2%, p 0,001). El seguimiento medio fue de 37,8 meses; Los STT presentaron menos eventos cardiovasculares (MACE): *hazard ratio* (HR) 0,68; intervalo de confianza (IC) 0,50 a 0,93. No hubo diferencias en la mortalidad total (HR 0,94; IC: 0,70 a 1,27), pero el STT tendió a menos mortalidad cardiovascular (HR 0,65; IC: 0,41 a 1,06; p 0,08).

Conclusiones: El STT tiene claras diferencias con el grupo de MINOCA, con un perfil propio de paciente, una presentación más agresiva y peor evolución hospitalaria, a pesar de lo cual, su pronóstico cardiovascular a largo plazo es mejor. Estos resultados están en línea de que el STT se debe considerar una entidad con sus propias características y pronóstico.