Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 231

Revista Española de Cardiología

5007-13. DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA Y SÍNDROME DE TAKOTSUBO: COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS BASALES Y ANGIOGRÁFICAS Y DE LA EVOLUCIÓN DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Álvaro Luis Gamarra Lobato[1], Jorge Salamanca[1], Marcos García-Guimaraes[2], Pablo Díez-Villanueva[1], Fernando Macaya Ten[3], Ricardo Sanz Ruíz[4], Gerard Roura Ferrer[5], Jean Christophe Barahona-Alvarado[6], Helena Tizón-Marcos[2], Xacobe Flores Ríos[7], Juan José Portero Portaz[8], Teresa Alvarado Casas[1], Río Jorge Aguilar Torres[1], Teresa Bastante Valiente[1] y Fernando Alfonso Manterola[1]

[1]Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. [2]Hospital del Mar, Barcelona. [3]Hospital Clínico San Carlos, Madrid. [4]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. [5]Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (Barcelona). [6]Institut Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona). [7]Complexo Hospitalario Universitario A Coruña. [8]Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: La disección coronaria espontánea (DCE) y el síndrome de Takotsubo (STT) constituyen dos causas relativamente comunes de síndrome coronario agudo de etiología no aterosclerótica particularmente frecuentes en mujeres.

Métodos: Comparamos las características clínicas basales y angiográficas, así como la evolución durante el ingreso hospitalario de dos registros prospectivos de DCE y STT.

Resultados: Un total de 318 pacientes con DCE y 106 pacientes con STT fueron incluidos (88% mujeres). La edad media de los pacientes con STT era más alta (Tabla) y presentaban una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. La presencia de factores desencadenantes fue mayor en pacientes con STT (56 vs 42%, p = 0,009) a excepción del estrés emocional, más común en pacientes con DCE (25 vs 15%, p = 0,037). Los niveles medios de troponina y creatinin-kinasa fueron más altos en pacientes con DCE. La arteria descendente anterior fue el vaso más frecuentemente involucrado (44%). Los pacientes con STT presentaron mayores tasas de disfunción ventricular izquierda y menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI 57 ± 10 vs 40 ± 10%, p 0,001). Durante el seguimiento hospitalario se detectaron más eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE, incluyendo muerte, infarto de miocardio, revascularización secundaria a isquemia, desarrollo de insuficiencia cardiaca, o ictus) entre los pacientes con STT (12 vs 4,5%, p 0,001), siendo en esta cohorte también más frecuente el desarrollo de insuficiencia cardiaca (10 vs 1%, p 0,001) y fibrilación auricular (11 vs 1%, p 0,001). No se encontraron diferencias significativas en la tasa de ictus entre ambos grupos.

Eventos durante el ingreso hospitalario

Media ± DE, mediana (IQR), o n (%)	DCE (n = 318)	STT (n = 106)	P

Edad (años)	53 (47-60)	74 (67-81)	0,001
Mortalidad (todas las causas)	4 (1)	6 (6)	0,032
Insuficiencia cardiaca	2 (1)	11 (10)	0,001
Ictus	2 (1)	0 (0)	0,586
Fibrilación auricular	3 (1)	12 (11)	0,001
Reinfarto	10 (3)	n/a	
Revascularización no programada	12 (4)	n/a	
RVD	4 (1)	n/a	
No RVD	1 (1)	n/a	

DCE: disección coronaria espontánea; STT: síndrome de Takotsubo; RVD: revascularización del vaso diana; n/a: no aplicable.

Conclusiones: Los pacientes con STT son mayores y presentan una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en relación a aquellos con DCE. Los pacientes con STT muestran además peor pronóstico durante el ingreso hospitalario, con mayor tasa de mortalidad.