



5022-6. DIFERENCIAS ENTRE EL SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO* Y EL DIAGNÓSTICO DE TRABAJO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ENFERMEDAD CORONARIA ATEROESCLERÓTICA OBSTRUCTIVA

Mario García Fernández¹, Javier López-Pais¹, Bárbara Izquierdo Coronel², Sergio Raposeiras Roubín³, Óscar Ángel Vedia Cruz⁴, Manuel Almendro Delia⁵, Agustín Carlos Martín García⁶, Aitor Uribarri González⁷, David Galán Gil², Diego López Otero⁸, José María García Acuña⁸, Joaquín J. Alonso Martín⁴, José R. González Juanatey⁸, Miguel Pérez de Juan Romero¹ e Iván Núñez Gil²

¹Complejo Hospitalario de Ourense. ²Hospital Universitario de Getafe, Madrid. ³Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra. ⁴Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁵Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁶Hospital Universitario de Salamanca. ⁷Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ⁸Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: Todavía resulta controvertido si el síndrome de *tako-tsubo* (STT) debe clasificarse dentro del infarto agudo de miocardio sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva (MINOCA). El objetivo de este trabajo fue evaluar las principales diferencias entre STT y MINOCA sin STT.

Métodos: Estudio de cohorte basado en dos registros prospectivos: STT del registro RETAKO (N: 1.055) y pacientes MINOCA sin STT de registros contemporáneos de infarto agudo de miocardio de 5 centros nacionales (N: 1.080). Se utilizaron las definiciones y el manejo recomendados por la Sociedad Europea de Cardiología. El análisis de supervivencia se basó en la regresión de Cox; se creó un *propensity score* para ajustar las variables pronósticas.

Resultados: Los STT eran más a menudo mujeres (85,9% frente a 51,9%; p 0,001) y mayores (69,4 ± 12,5 frente a 64,5 ± 14,1 años; p 0,001). La fibrilación auricular fue más frecuente en MINOCA sin STT (10,4% frente a 14,4%; p 0,007). Los trastornos psiquiátricos fueron más prevalentes en STT (15,5% frente a 10,2%, p 0,001). La mortalidad y las complicaciones intrahospitalarias fueron mayores en STT: 3,4 vs 1,8%, (p 0,015) y 25,8 vs 11,5%, (p 0,001). La mediana de seguimiento fue de 32,4 meses; STT tuvo menos eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE): *hazard ratio* (HR) 0,59; Intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,42 a 0,83. No hubo diferencias en la mortalidad global (HR 0,87; IC: 0,64 a 1,19), pero el STT tuvo una menor mortalidad cardiovascular (HR 0,58; IC: 0,35 a 0,98).

Conclusiones: Comparado con el resto de MINOCA, el STT presenta un perfil de paciente diferente y una fase aguda más agresiva. Sin embargo, su pronóstico cardiovascular a largo plazo es mejor. Estos resultados apoyan que STT debe considerarse una entidad separada con características y pronóstico únicos.