



4. SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO* EN MAYORES DE OCHENTA AÑOS. PRESENTACIÓN, MANEJO Y EVOLUCIÓN

Álvaro Luis Gamarra Lobato, Jorge Salamanca Vilorio, Pablo Díez Villanueva, Río Jorge Aguilar Torres, Fernando Rivero Crespo, Teresa Bastante Valiente, Luis Jesús Jiménez Borreguero, Beatriz López Melgar, Alberto Cecconi, Álvaro Montes Muñoz, María Martínez-Avial Silva, Pilar Roquero Giménez, Darío Gómez Díaz, Luis Flores Sánchez de León y Fernando Alfonso Manterola

Cardiología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de *tako-tsubo* (STT) es especialmente frecuente en mujeres en edad postmenopáusica. Su pronóstico se ha descrito clásicamente como favorable, si bien existe muy poca información en pacientes muy mayores. Además, los pacientes octogenarios son una población creciente, también entre aquellos con STT. Nuestro objetivo fue analizar si las características basales, el tratamiento y el pronóstico difieren entre esta población y los más jóvenes.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 153 pacientes ingresados con diagnóstico de STT, según los criterios de la Clínica Mayo. La población se dividió en 2 grupos (< 80 y ≥ 80 años) y se analizaron sus variables clínicas, de imagen cardíaca y tratamiento, comparando los eventos cardiovasculares y mortalidad al ingreso y a los 12 meses entre ambos grupos.

Resultados: De los 153 pacientes, 132 eran mujeres (86%), y 43 eran ≥ 80 años (28%). La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos fue distinta según la edad (tabla). La proporción de STT primario y secundario fue similar en ambos grupos (primario 62 vs 65%, $p = 0,59$). Al ingreso, el dolor torácico fue el síntoma más frecuente en ambos grupos, si bien la insuficiencia cardíaca (IC) como forma de presentación fue más frecuente entre ≥ 80 años (21 vs 7%, $p = 0,003$). La frecuencia de realización de coronariografía emergente y resonancia magnética durante el ingreso fue similar en ambos grupos. Presentaron patrón de STT típico en la mayoría de los casos (82 vs 81%, $p = 0,8$) y la FEVI no presentó diferencias significativas. Un 13% de pacientes desarrolló *shock* cardiogénico en ambos grupos, sin diferencias significativas en la aplicación de soporte vasoactivo (10 vs 15%, $p = 0,3$). Durante el ingreso, los pacientes ≥ 80 años presentaron más frecuentemente fracaso renal y también mayor mortalidad cardiovascular (CV) (7 vs 1%, $p = 0,03$). En el seguimiento a 12 meses, los pacientes ≥ 80 años desarrollaron más frecuentemente IC (15 vs 3,8%, $p = 0,01$) sin diferencias en cuanto a recidiva de STT, u otros eventos CV.

	< 80 años (n = 43)	≥ 80 años (n = 110)	p
Mujeres	41 (95%)	92 (83%)	0,051

Hipertensión arterial	35 (81%)	66 (60%)	0,012
Diabetes mellitus	11 (25%)	68 (62%)	0,001
Dislipemia	20 (46%)	52 (47%)	0,93
Tabaquismo	1 (2%)	36 (33%)	0,001
Antecedentes psiquiátricos	8 (18%)	19 (17%)	0,84
STT primario	28 (65%)	62 (69%)	0,59
Presentación con dolor torácico	33 (76%)	70 (63%)	0,12
Elevación del segmento ST	19 (44%)	40 (37%)	0,29
Presentación con insuficiencia cardiaca	7 (16%)	5 (4,5%)	0,003
FEVI al ingreso (mediana; rango intercuartil)	40%; 30-43%	40%; 33-48%	0,19
Coronariografía emergente	13 (30%)	27 (25%)	0,69
Ecocardiograma típico	35 (81%)	91 (82%)	0,84
Resonancia magnética	20 (47%)	50 (47%)	1
Fracaso renal agudo en el ingreso	14 (32)	17 (15%)	0,02
Mortalidad en el ingreso	3 (6,9%)	4 (3,7%)	0,38
Mortalidad cardiovascular en el ingreso	3 (6,9%)	1 (0,9%)	0,03
Desarrollo insuficiencia cardaca a un año	6 (15%)	4 (3,8%)	0,019
Mortalidad a un año	4 (10%)	4 (3,8%)	0,15

STT: síndrome de *tako-tsubo*; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: Los pacientes octogenarios con STT presentan una distribución de FRCV y forma de presentación que difiere respecto a los más jóvenes, con una mayor tasa de IC y mayor mortalidad CV en el ingreso a pesar de recibir un tratamiento y soporte similares.