



6009-16. EVALUACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON SOSPECHA INICIAL DE SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*. EXPERIENCIA CLÍNICA DE 9 AÑOS EN EL ÁREA ASISTENCIAL DE CIUDAD REAL

Jorge Martínez del Río¹, Fernando Lozano Ruiz-Póveda², Ignacio Sánchez Pérez², Ariana González García², Alfonso Freites Esteves², María Thiscal López Lluva², Ricardo Concepción Suárez², Martín Negreira Caamaño¹, Daniel Águila Gordo¹, Cristina Mateo Gómez¹, Maeve Soto Pérez¹, Andreu Felipe Cubides Novoa¹, Daniel Salas Bravo¹ y Jesús Piqueras Flores¹

¹Servicio de Cardiología; ²Sección de Hemodinámica, Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de *tako-tsubo* (STT) se caracteriza por una disfunción ventricular sistólica transitoria en ausencia de enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva responsable. Debido a su forma de presentación clínica, y a su asociación con alteraciones electrocardiográficas (ECG) y elevación de biomarcadores cardíacos, debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras patologías, más aún si atendemos a las diferencias en cuanto a pronóstico y tratamiento.

Métodos: Objetivos: Analizar características de pacientes con sospecha inicial de STT en el área asistencial de Ciudad Real. Comparar diferencias entre pacientes con diagnóstico definitivo de STT y el resto. Estudio observacional prospectivo de 132 pacientes ($69,3 \pm 11,1$ años, 86,5% mujeres) con sospecha inicial de STT que ingresaron en el área asistencial de Ciudad Real entre enero de 2012 y abril de 2021, con una mediana de seguimiento de 38 meses. Se registraron variables clínicas, ECG y analíticas, parámetros ecocardiográficos y de resonancia magnética cardíaca (RMC), resultados angiográficos coronarios, y tratamiento al alta.

Resultados: El 73,4% de los pacientes eran hipertensos, el 44,3% dislipémicos, y el 16,5% diabéticos. El 53,4% presentó algún factor desencadenante (psíquico o físico). La puntuación media del score INTERTAK fue $51,1 \pm 20,1$ puntos (el 27,2% presentó puntuación [> 70 puntos] de alta probabilidad de STT). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media al ingreso fue $40,2 \pm 12,6\%$. Siguiendo los criterios de la Clínica Mayo, el diagnóstico de STT se confirmó en 97 pacientes (73,5%). En comparación con el resto (tabla), los pacientes con STT eran mayores y presentaban trastorno mixto ansioso-depresivo (TMAD) con mayor frecuencia. Además, la puntuación del score INTERTAK fue mayor. Por el contrario, los pacientes con diagnóstico alternativo presentaron mayor pico de troponina, un mayor gasto cardíaco por RMC y ateromatosis moderada de las arterias coronarias derecha (CD) y circunfleja (CX).

Diferencias clínicas entre pacientes con STT definitivo y otros diagnósticos diferentes.

Diagnóstico STT	Diagnóstico no STT	p
-----------------	--------------------	---

Edad (años)	70,4 ± 10,2	61,3 ± 14,1	0,01
TMAD previo (%)	55,6	10,3	0,001
Puntuación <i>score</i> INTERTAK (puntos)	54,3 ± 19,7	40,8 ± 18,0	0,02
Puntuación <i>score</i> INTERTAK > 70 puntos (%)	32,3	10,5	0,04
Pico Troponina I ultrasensible (ng/ml)	3864,3 ± 4572,5	13722,1 ± 16776,3	0,005
Gasto cardíaco por RMC (L/min)	4,1 ± 1,1	5,5 ± 1,6	0,03
Ateromatosis moderada de ACD (%)	4,5	21,1	0,04
Ateromatosis moderada de ACX (%)	3,0	21,1	0,02

ACD: arteria coronaria derecha; ACX: arteria circunfleja; RMC: resonancia magnética cardíaca; TMAD: trastorno mixto ansioso-depresivo.

Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes con diagnóstico de STT en Ciudad Real es similar a otros registros publicados. En comparación, los pacientes con diagnóstico definitivo de STT son mayores, presentan más frecuentemente TMAD. Por contra, presentan menores picos de troponina, y la presencia de enfermedad coronaria no significativa en CD y CX es menos frecuente.