



5. FENOCOPIAS EN EL SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*, EXPLORANDO UNA ENTIDAD DIFERENTE

Pablo Carrión Montaner¹, Gabriel Torres Ruiz¹, Jordi Sans Roselló¹, Salvatore Brugaletta², Enrico Cerrato³, Fernando Alonso⁴, Nieves Gonzalo⁵, Jesús Ignacio Amat⁶, Blanca Simón Francés⁷, Víctor García Hernando¹, Antoni Martínez Rubio¹ y Héctor M. García-García⁷

¹Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, ²Hospital Clínic, Barcelona, España, ³Section of Interventional Cardiology. San Luigi Gonzaga University Hospital, Turin, Italia, ⁴Unidad de Hemodinámica. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España, ⁵Unidad de Hemodinámica. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁶Unidad de Hemodinámica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España y ⁷Section of Interventional Cardiology. MedStar Washington Hospital Center, Washington DC Washington, Estados Unidos.

Resumen

Introducción y objetivos: Las formas secundarias o fenocopias del síndrome de *tako-tsubo* (STT) son aquellas que se desarrollan en pacientes ya hospitalizados por otra condición médica, quirúrgica, anestésica, obstétrica o psiquiátrica, siendo el STT una complicación de su condición primaria o del tratamiento de esta. El objetivo del estudio es el de identificar las diferencias presentes entre ambas formas de STT en observar si existen diferencias entre los pacientes con formas primarias y secundarias.

Métodos: Registro retrospectivo multicéntrico de 676 pacientes con STT entre 2004-2023. Se recogieron datos clínicos, analíticos, ECG y terapias durante el ingreso así como la mortalidad intrahospitalaria. Seguimiento mediante revisión de historias clínicas registrando la mortalidad así como las recurrencias y los MACE cardiovasculares (muerte cardiovascular, evento de insuficiencia cardíaca, ingreso por arritmias sintomáticas, síndrome coronario agudo).

Resultados: Edad media 74,7 años (IQR 66,8-81,4), 87,5% mujeres, 77,3% formas clásicas con afectación apical, 19,5% estresor previo, 21,9% de formas secundarias, 33,1% Killip > 1 al ingreso, FEVI al ingreso 40% (35-50). Mortalidad intrahospitalaria 3,5% (cardiovascular 1,9%). Mediana de seguimiento 1.590 días (IQR 722-2557) con 5,8% recurrencias y 23,3% mortalidad al seguimiento. Entre los pacientes con formas secundarias hubo un mayor porcentaje de varones, formas atípicas, fumadores activos y de antecedentes de EPOC. Hubo un mayor porcentaje de pacientes con disnea como síntoma predominante así como una mayor proporción de pacientes en clase Killip > 1 al ingreso entre las formas secundarias. Analíticamente, las fenocopias presentaron unas menores cifras de hemoglobina y unos valores más elevados de NT-proBNP al ingreso. Durante su ingreso hospitalario las formas secundarias presentaron un mayor porcentaje de *shock* cardiogénico, un mayor uso de inotrópicos, de ventilación mecánica y de balón de contrapulsación intraaórtico. La mortalidad intrahospitalaria y durante el seguimiento también fue más elevada en las formas secundarias.

Diferencias entre pacientes con formas primarias y formas secundarias de síndrome de *tako-tsubo*

	Primario (n = 530)	Secundario (n = 149)	p
Sexo masculino, % (n)	8,7 (46)	26,2 (39)	p 0,001
Formas atípicas, % (n)	18,9 (101)	35,1 (52)	p 0,001
Tabaquismo activo, % (n)	15,0 (77)	25,2 (37)	p 0,001
Enfermedad renal crónica, % (n)	9,4 (41)	6,9 (10)	p = 0,341
EPOC, % (n)	17,1 (90)	28,4 (42)	p = 0,002
Disnea, % (n)	27,2 (144)	50,7 (75)	p 0,001
FEVI 40% al ingreso, % (n)	31,9 (166)	40,5 (60)	p = 0,051
Clase Killip > 1 al ingreso, % (n)	28,1 (123)	48,0 (71)	p 0,001
Hemoglobina (g/L)	130,5 (121-142)	125 (107-140)	p 0,001
NT-proBNP al ingreso (pg/ml)	5.814 (3.250-10.445)	2.859 (1.069-7.616)	p 0,001
<i>Shock</i> cardiogénico, % (n)	8,3 (44)	25,5 (38)	p 0,001
Ventilación mecánica, % (n)	5,3 (28)	29,5 (44)	p 0,001
Uso de inotrópicos, % (n)	7,1 (31)	26,3 (39)	p 0,001
BCPIAo, % (n)	0,7 (4)	4,0 (6)	p 0,001
Terapias sustitución renal, % (n)	1,3 (7)	2,0 (3)	p = 0,535
Mortalidad intrahospitalaria, % (n)	1,1 (6)	10,8 (16)	p 0,001
Recurrencia, % (n)	5,7 (21)	6,0 (8)	p = 0,900

Mortalidad en el seguimiento, % (n)	20,1 (98)	34,8 (46)	p 0,001
MACECV en seguimiento, % (n)	19,4 (96)	24,9 (32)	p = 0,252

Las variables categóricas están mostradas como porcentajes mientras que las continuas mediante media (rango intercuartil). STT: síndrome de *tako-tsubo*; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; TnTus: troponina T ultrasensible; CK: creatina quinasa; BCPIAo: balón de contrapulsación intraaórtico; MACE: *major adverse events*.

Conclusiones: Las formas secundarias de STT presentan una peor presentación clínica requiriendo un mayor porcentaje de terapias invasivas durante el ingreso. La mortalidad intrahospitalaria y durante el seguimiento de las fenocopias de STT es más elevada que la de las formas primarias.