



4009-6. TROMBOSIS INTRAVENTRICULAR EN EL SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*: PREVALENCIA, FACTORES ASOCIADOS Y PRONÓSTICO

Jorge Salamanca Viloría¹, Lidia Vilches Miguel¹, Óscar Vedia Cruz², Aitor Uribarri González³, Emilia Blanco Ponce⁴, Clara Fernández Cordón⁵, Miguel José Corbí Pascual⁶, Manuel Almendro Delia⁷, Alberto Pérez Castellanos⁸, Agustín Carlos Martín García⁹, Albert Durán Cambra¹⁰, Víctor Manuel Becerra¹¹, Sergio Raposeiras Roubín¹², Fernando Alfonso Manterola¹ e Iván Núñez Gil²

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España, ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ³Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, ⁵Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ⁶Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España, ⁷Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España, ⁸Servicio de Cardiología. Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears), España, ⁹Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España, ¹⁰Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, ¹¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España y ¹²Servicio de Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de *tako-tsubo* (STT) se caracteriza por disfunción ventricular izquierda (VI) y alteraciones segmentarias transitorias en presencia de coronarias sin lesiones que lo justifiquen. En este escenario la formación de trombos en el VI es una complicación rara pero temible. Nuestro objetivo es valorar la prevalencia, evaluar los factores asociados y el impacto pronóstico de la trombosis VI en pacientes con STT.

Métodos: Se revisaron los datos prospectivos del Registro Nacional de Síndrome de *tako-tsubo* (RETAKO) para evaluar la presencia de trombos en el VI. Se utilizó una regresión univariante y multivariante para evaluar los factores asociados con los trombos en el VI. Se compararon el riesgo durante el ingreso y a largo plazo de presentar eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) y mortalidad por todas las causas entre los pacientes con STT con y sin presencia de trombos en el VI.

Resultados: De los 1478 pacientes incluidos (edad mediana 72 años, 13,5% varones), 42 pacientes (2,8%) presentaron trombos en el VI. En el análisis univariante, la presentación como dolor torácico o síncope, el patrón típico de *apical ballooning*, el realce tardío de gadolinio (RTG) en resonancia magnética cardiaca y la proteína C reactiva (PCR) elevada se asociaron con la presencia de trombos en el VI. En el análisis multivariante solo persistieron como factores independientes la PCR elevada al ingreso y el RTG. Los pacientes con STT y trombo en el VI experimentaron una mayor incidencia de eventos adversos intrahospitalarios adversos, con una tasa más alta de sangrado mayor (9,5 vs 3,1%, $p = 0,023$) y de MACE (26,8 vs 15,2%, $p = 0,035$), principalmente a expensas del accidente cerebrovascular y la embolia sistémica (14,6 vs 2,5%, $p 0,001$; y 19 vs 1,3%, $p 0,001$). Sin embargo, en el seguimiento a largo plazo (mediana de 18 meses), no hubo diferencias en el riesgo de muerte, reingreso cardiaco y recurrencia de STT entre ambos grupos.

Análisis univariante y multivariante de factores asociados a trombo intraventricular en STT

Variable	Univariante			Multivariante		
	OR	IC95%	p	HR	IC95%	p
Dolor torácico (presentación)	1,703	(0,892-3,252)	0,103			
Síncope (presentación)	2,322	(1,009-5,346)	0,042			
Realce tardío de gadolinio	3,703	(1,153-11,904)	0,019	17,62	(2,017-154,04)	0,009
Patrón <i>Apical ballooning</i>	1,039	(1,025-1,053)	0,024			
PCR elevada al ingreso	2,331	(0,949-5,714)	0,058	9,43	(1,366-66,67)	0,023

PCR: proteína C reactiva.

Conclusiones: En pacientes con STT, la PCR elevada en el ingreso y el RTG se asocian a un mayor riesgo de trombos en el VI. Aunque la trombosis de VI no es frecuente, estos pacientes presentan una mayor incidencia de eventos adversos intrahospitalarios (principalmente fenómenos tromboembólicos), lo que justifica su búsqueda activa y el adecuado tratamiento de estos pacientes.