



6020-217. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON SOSPECHA INICIAL DE SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*. SIETE AÑOS DE SEGUIMIENTO EN EL ÁREA ASISTENCIAL DE CIUDAD REAL

Jorge Martínez del Río¹, Jesús Piqueras Flores¹, Daniel Salas Bravo¹, Álvaro Moreno Reig¹, Martín Negreira Caamaño¹, Miguel Ángel Rienda Moreno², José María Arizón Muñoz¹, Germán Hernández Herrera¹, Ramón Maseda Uriza¹, M. Antonia Montero Gaspar¹, Juan Antonio Requena Ibáñez¹, Pedro Pérez Díaz¹, Raquel Frías García¹, Alfonso Morón Alguacil¹ y Manuel Muñoz García¹, del ¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Ciudad Real, 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. Con una incidencia del 1-3% del total de síndromes coronario agudos, las características clínicas, bioquímicas y electrocardiográficas (ECG) se asemejan a otras patologías con diferentes implicaciones pronósticas y terapéuticas, por lo que resulta esencial el diagnóstico diferencial. 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.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 81 pacientes ($69,6 \pm 11,4$ años, 87,7% mujeres) con sospecha inicial de STT que ingresaron en el área asistencial de Ciudad Real entre enero de 2012 y abril de 2019 (mediana de seguimiento de 27 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 72,8% de los pacientes eran hipertensos, el 42,0% dislipémicos, y el 16,0% diabéticos. El 51,9% presentó algún factor desencadenante (psíquico o físico). La puntuación media de la escala INTERTAK fue $51,1 \pm 20,1$ puntos (el 27,2% presentó puntuación > 70 puntos] de alta probabilidad de STT). El desarrollo de onda T negativa fue el hallazgo ECG más frecuente (86,3%). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media al ingreso fue $40,4 \pm 12,3\%$. Siguiendo los criterios de la Clínica Mayo, el diagnóstico de STT se confirmó en 62 pacientes (76,5%). En comparación con el resto, los pacientes con STT eran mayores y presentaban TMAD con mayor frecuencia. Además, la puntuación de la escala 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) (tabla).

Diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con diagnóstico definitivo de STT y el resto de diagnósticos

	Diagnóstico STT	Diagnóstico no STT	p
Edad (años)	71,5 ± 9,8	63,6 ± 14,0	0,02
TMAD previo (%)	54,8	10,5	0,001
Puntuación escala INTERTAK (puntos)	54,3 ± 19,7	40,8 ± 18,0	0,02
Puntuación escala INTERTAK > 70 puntos (%)	32,3	10,5	0,04
Pico Troponina I (ng/ml)	3,8 ± 4,5	13,7 ± 16,7	0,005
Gasto cardiaco por RMC (L/min)	4,1 ± 1,1	5,5 ± 1,6	0,03
Ateromatosis moderada de ACD (%)	4,8	21,1	0,04
Ateromatosis moderada de ACX (%)	3,2	21,1	0,02

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

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.