



7006-17. SÍNDROME DE TAKO TSUBO: VALOR DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

Javier Navarro Cuartero, Miguel José Corbí Pascual, Juan Gabriel Córdoba Soriano, Cristina Llanos Guerrero, María Isabel Barrionuevo Sánchez, Daniel Prieto Mateos, Gonzalo Gallego Sánchez y Sofía Núñez Calero del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de tako tsubo (STK) es una miocardiopatía reversible que mimetiza clínicamente un síndrome coronario agudo. Muchos pacientes son dados de alta hospitalaria con diagnóstico de sospecha hasta que la normalización de la disfunción miocárdica durante el seguimiento lo confirma siguiendo los criterios diagnósticos de la Clínica Mayo. La resonancia magnética cardiaca (RMC) podría tener un valor añadido en el diagnóstico.

Métodos: El objetivo fue analizar el valor de la RMC como herramienta diagnóstica en aquellos pacientes con sospecha de STS. Se incluyeron todos los pacientes desde enero 2009-abril 2015 con el código diagnóstico 429,83 (TS, CIE-9 –MC).

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes, el 56% con diagnóstico al alta de TS y el 44% catalogados como infarto con coronarias normales y posible TS como diagnóstico secundario. La edad media de 69 años, 85% mujeres y un 52% presentaba desencadenante de estrés. El 76% eran HTA, 22% diabéticos, 38% dislipémicos, 3,7% tenía historia previa de cardiopatía isquémica. Un 22% debutaron como clase Killip III o IV, pero solo el 14% requirió aminas vasoactivas. Se realizó cateterismo urgente en un 26% por sospecha de SCACEST, con coronarias normales en el 89%. El ECG mostró elevación del ST en el 60% y el 90% presentaron evolutivamente ondas T negativas en precordiales. El 93% de los pacientes tenía discinesia apical y el restante 7% medioventricular. Al alta, un 96% fueron tratados con bloqueadores betabloqueadores beta, IECA/ARAII, estatinas o AAS. Durante el seguimiento, el diagnóstico de TS se confirmó por criterios de la Clínica Mayo en el 94%. Sin embargo, utilizando la RMC se confirmaría en el 81,5% (13% IAM y un 5,5% miocarditis). Dos pacientes fallecieron de causa no cardiaca durante el seguimiento, y otros dos presentaron algún evento CV (un SCA y un episodio de IC).

Conclusiones: En esta serie en más del 90% el diagnóstico fue confirmado durante el seguimiento siguiendo los criterios diagnósticos de la Clínica Mayo. No obstante utilizando la RMC como discriminador la tasa diagnóstica disminuye por reclasificarse aproximadamente un 20% de pacientes en otros diagnósticos. La RMC se perfila como una herramienta esencial para el correcto diagnóstico de estos pacientes, ya que con solo el criterio de mejoría de FEVI se incluirían como TS a pacientes con otras patologías, con las implicaciones pronósticas y de tratamiento a medio-largo a largo plazo que ello conlleva.