



6041-534. EDEMA INTRAMIOCÁRDICO Y ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS EN EL SÍNDROME DE TAKO TSUBO

Jorge Salamanca Vilorio, RÍo Jorge Aguilar Torres, Eduardo Pozo Osinalde, Pilar Agudo Quílez, Daniel Rodríguez Alcudia, M^a Cruz Aguilera Martínez, Teresa Bastante Valiente y Fernando Alfonso Manterola del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-P, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La presentación ECG inicial y la localización de las alteraciones ECG (ST/ondaT) de los pacientes con síndrome de Tako Tsubo (STT) es variable. En el ECG pueden identificarse alteraciones en varios grupos de derivaciones regionales que se relacionan con regiones anatómicas: derivaciones anteroapicales (ANT: V1-V4), laterales (LAT: DI, aVL, V5-V6) e inferiores (INF DII, DIII y aVF). La cardio-RMN (CRM) es una herramienta útil en el estudio del STT para la confirmación de ausencia de necrosis y la detección del edema intramiocárdico (EIM). El objetivo fue describir la localización del EIM y valorar su concordancia con la localización de las alteraciones iniciales del ECG.

Métodos: Análisis de los ECG iniciales y las CRM realizadas durante la hospitalización de una serie de pacientes con diagnóstico definitivo de STT sin datos sugestivos de necrosis y sin evolución ECG típica de infarto.

Resultados: Sobre 61 casos consecutivos de STT que cumplieron los criterios de la Clínica Mayo se realizó CRM en fase de hospitalización a 23 de ellos. Edad 76 ± 8 años, 87% mujeres, FEVI al ingreso $39 \pm 9\%$. En todos los pacientes (100%) se demostró reversibilidad de alteraciones segmentarias presentes al ingreso y ausencia de evolución ECG característica de IAM. CPK 218 ± 196 U/L, Tn 492 ± 531 ng/ml. Se realizó CRM a los 4 ± 2 días del ingreso, ningún paciente presentó RT de gadolinio y la FEVI-CRM fue $57 \pm 13\%$. La presentación ECG inicial fue en el 56,5% SCACEST y 43,5% SCASEST, incluyendo un 17% de pacientes con ECG sin alteraciones significativas. La localización de estas alteraciones ECG fue: 52% ANT, 34% LAT y 4% INF. La CRM mostró EIM en 83% de los pacientes con la siguiente localización: ANT (incluye anterior y apical) 100%, LAT 74% e INF 21%. No se encontró concordancia entre la localización del EIM por CRM y la localización de alteraciones ECG (tabla:).

Concordancia entre la localización del EIM en CRM y la localización de las alteraciones ECG (test Kappa de Cohen con índice Kappa y valor p)			
	ANT-CRM	LAT-CRM	INF-CRM
ANT-ECG	0,19 (p = 0,23)		

LAT-ECG		0,18 (p = 0,31)	
INF-ECG			-0,07 (p = 0,69)
ANT: anterior (incluye apical). LAT: lateral. INF: inferior. CRM: resonancia magnética cardiaca. ECG: electrocardiograma.			

Conclusiones: La presentación ECG del STT es muy variada y no se limita al ascenso del ST, presentando incluso ECG sin alteraciones iniciales. La detección de EIM por CRM en la fase aguda es muy frecuente, principalmente de localización anteroapical, en ausencia de datos de necrosis. La localización por CRM del EIM no mostró concordancia con la localización de las alteraciones iniciales del ECG.