



5006-3. MIOCARDIOPATÍA DE *TAKO-TSUBO* Y EDEMA INTRAMIOCÁRDICO: DISTRIBUCIÓN REGIONAL Y TENDENCIA TEMPORAL DE DESAPARICIÓN DEL EDEMA EN FASE AGUDA

Paula Antuña Álvarez, Jorge Salamanca, Teresa Alvarado, Alberto Cecconi, Eduardo Pozo, Río Aguilar, Luis Jesús Jiménez-Borreguero y Fernando Alfonso del Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: En los pacientes con miocardiopatía de *tako-tsubo* (MCT) se recomienda la realización de cardio-RMN (CRM) en la fase aguda como parte del diagnóstico diferencial. Se ha descrito la presencia de edema intramiocárdico (EIM) mediante CRM durante la misma. Sin embargo la fisiopatología y distribución temporal de este EIM no es bien conocida y se desconoce el momento óptimo para su realización. El objetivo de este estudio es valorar mediante CRM la presencia, distribución y tendencia temporal de resolución del EIM en la fase aguda de la MCT.

Métodos: Se incluyó a 42 pacientes con diagnóstico de MCT y CRM durante el ingreso. Todos cumplieron los criterios de la Clínica Mayo. Se evaluó la presencia y distribución regional del EIM y se cuantificó según el número de segmentos afectados, siguiendo el modelo de 17 segmentos de la *American Society of Echocardiography*.

Resultados: El 90% de los pacientes eran mujeres con una edad media de 72 ± 11 años. El ECG mostró ascenso del ST en un 47,6%. El 76,2% presentó un patrón de afección apical típico por ETT con FEVI media $39,1 \pm 10\%$. Un 66,7% se presentó en Killip I. El tiempo medio a la realización de la RMC fue de 5 ± 4 días desde el ingreso. Se objetivó EIM en un 71,4% de los pacientes, con una FEVI-CRM media del $61 \pm 10\%$ y una media de $4,8 \pm 2,5$ segmentos con edema. Los segmentos apicales fueron los más frecuentemente afectados (62% pacientes), seguidos de los anteriores (47,6%), septales (45,2%), anterolaterales (21,4%), inferiores (14,3%) e ínfero-laterales (7,1%). La realización de CRM en los primeros 5 días supuso un punto de corte estadísticamente significativo para la presencia de EIM ($p = 0,005$) existiendo una correlación lineal negativa entre la extensión del EIM valorado por número de segmentos y el tiempo desde el ingreso hasta la realización de la CRM en días ($-0,44$, $p = 0,003$; figura).



Correlación entre extensión del EIM y tiempo de realización de la CRM.

Diferencias en las características basales en función de la presencia de edema en la CRM

	Edema	No edema	Nivel significación
Elevación ST	60 %	25 %	0,079
FEVI al ingreso (ETT)	38,8 ± 9,1 %	39,58 ± 13,1 %	0,8
KILLIP I al ingreso	76,7 %	75 %	0,9
Días de realización de CRM	4,5 ± 3,4	8,6 ± 3,7	0,001
FEVI por CMR	62,3 ± 9	60,4 ± 10,9	0,59

Conclusiones: El EIM es un hallazgo muy frecuente en las CRM de pacientes con MCT que se realizan en la fase aguda. Principalmente se ven afectados los segmentos apicales. La presencia de EIM es independiente de la recuperación de la FEVI y su evolución temporal presenta una correlación lineal negativa con el tiempo, por lo que creemos justificada la realización de CRM en los primeros 5 días para su mejor detección y estudio.