Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 566

Revista Española de Cardiología

4. MIOCARDIOPATÍA DE *TAKO-TSUBO* DURANTE EL PERIPARTO: DATOS DE UN REGISTRO NACIONAL Y DE LA LITERATURA PUBLICADA

Ravi Vazirani Ballesteros[1], Emilia Blanco-Ponce[2], Manuel Almendro Delia[3], Agustín Martín-García[4], Clara Fernández-Cordón[5], Aitor Uribarri González[6], Óscar Ángel Vedia Cruz[1], Alessandro Sionis Green[7], Jorge Salamanca Viloria[8], Miguel José Corbi Pascual[9], Alberto Pérez-Castellanos[10], Manuel Martínez-Selles[5], Sergio Raposeiras Roubín[11], Javier López-País[12] e Iván Núñez Gil[1]

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

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de *tako-tsubo* (TTS) durante el periodo del periparto constituye una causa relevante de morbilidad en dicha población; su curso clínico y su pronóstico comparados con la población general de TTS todavía no se han estudiado. Nuestro objetivo consiste en analizar las características clínicas y pronóstico del TTS durante el periparto en un registro nacional, prospectivo específicamente orientado a dicha enfermedad, teniendo en cuenta la totalidad de la literatura previa publicada.

Métodos: Este estudio multicéntrico analiza a pacientes con TTS confirmado extraídos del registro RETAKO (registro nacional multicéntrico sobre *tako-tsubo*) durante 2003-2022, así como pacientes con TTS publicados en la literatura que cumplían los criterios de Mayo para su diagnóstico. Se definieron 4 grupos: pacientes con TTS no embarazados de la población general de RETAKO, pacientes mujeres no embarazadas y jóvenes (hasta 40 años) extraídas de la población de RETAKO, pacientes embarazadas extraídas de la población de RETAKO, pacientes embarazadas provenientes de la literatura. Las comparaciones entre grupos se realizaron empleando el test ?^{2} de Pearson para variables cualitativas y el test de la t de Student para variables continuas. Los análisis estadísticos se realizaron con el *software* SPSS v25 (IBM, Chicago, Illinois, EE. UU.).

Resultados: Los pacientes con TTS durante el periparto mostraron una mayor prevalencia de formas secundarias de la enfermedad (e.g. desencadenante físico) y síntomas atípicos como disnea, así como patrones ecocardiográficos atípicos (i.e. formas basales o invertidas, medioventriculares o globales) y menor tasa de elevación del segmento ST que la población estándar de TTS (tabla). Los pacientes con TTS durante el periparto extraídos de la literatura presentaban un mayor grado Killip a su ingreso, comparados con aquellos extraídos del registro RETAKO.

		Síndrome de *tako-tsubo* (población general de RETAKO) (n = 1.574)	Síndrome de *tako-tsubo* en el periparto (n = 32)	p
Edad (años)		68,1 ± 30,6	35 ± 5	0,001
Sexo femenino		1.355 (86,1%)	31 (100%)	0,172
Hipertensión		1.015 (67,4%)	4 (12,9%)	0,001
Dislipemia		794 (50,5%)	2 (6,5%)	0,001
Diabetes mellitus		394 (25%)	0 (0%)	0,068
Fumador/Exfumador		408 (27,2%)	2 (6,4%)	0,182
Obesidad		214 (14,7%)	3 (9,7%)	0,433
Desencadenante del TTS	Forma secundaria	543 (34,5%)	26 (81,3%)	0,001
Síntomas	Angina*	938 (64,3%)	9 (28,1%)	0,001
	Disnea	762 (41,3%)	23 (76,7%)	0,001
	Palpitaciones	112 (7,6%)	3 (9,7%)	0,065
	Síncope	124 (8,4%)	0 (0%)	0,093
	Ictus	41 (2,8%)	2 (6,5%)	0,228
Complicaciones intrahospitalarias	Sangrado	49 (3,3%)	1 (3,2%)	0,974
	Enfermedad renal	170 (11,6%)	1 (3,2%)	0,146

	I	940 (59,7%)	12 (38,7%)	0,001
Máximo grado de Killip al ingreso	II	238 (15,1%)	1 (3,2%)	
	III	136 (8,6%)	3 (9,7%)	
	IV	155 (9,8%)	15 (48,4%)	
Soporte vasoactivo		189 (30,8%)	15 (53,6%)	0,019
BCPIAO		21 (4,1%)	4 (14,3%)	0,008
SMV		108 (19,5%)	10 (37%)	0,027
FEVI		42,14 ± 11,80	34,93 ± 10,86	0,001
Patrón de *tako-tsubo*	Típico	1173 (74,6%)	12 (37,5%)	0,001
	Atípico	400 (25,4%)	20 (62,5%)	0,001
Anomalías ECG	Elevación del segmento ST	746 (51,9%)	7 (22,6%)	0,001
	Descenso del segmento ST	198 (13,9%)	3 (9,7%)	0,503
	Inversión inicial de onda T	569 (39,8%)	11 (35,5%)	0,623
Complicaciones durante el seguimiento		313 (24,2%)	0 (0%)	0,001
Muertes		209 (13,3%)	0 (0%)	0,030
Seguimiento		165, 33-353	581, 155-1.588	0,001

Ilustra la comparación entre TTS en la población general y durante el periodo del periparto (sobre el cual se dispuso de 32 pacientes con datos analizables en esta tabla). El tiempo de seguimiento se expresa en días (mediana) y rango intercuartílico (IQR, por sus siglas en inglés). Los pacientes del registro RETAKO incluidos en el grupo de periparto se excluyeron de la población general de RETAKO para este análisis. Las complicaciones durante el seguimiento se consideraron como un compuesto de: reingresos en cardiología y/o recurrencias de TTS. En cuanto al patrón de TTS, las formas típicas incluían afectación apical exclusiva, considerándose el resto como atípicas. *Calculado sobre 1459 pacientes con datos disponibles en el registro RETAKO. BCPIAO: balón de contrapulsación intraaórtico, FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo, SMV: soporte mecánico ventilatorio. Los porcentajes se muestran sobre el número de pacientes disponibles para el análisis en cada grupo para la variable concreta de análisis.

Conclusiones: El TTS durante el periparto presenta una mayor prevalencia de síntomas atípicos y desencadenantes físicos, ninguno de los cuáles se encuentra relacionado con un peor pronóstico. El estadiaje de Killip al ingreso fue mayor en los pacientes con TTS durante el periparto extraídos de la literatura, pero con un pronóstico excelente a corto y medio plazo tras la fase aguda, a pesar de tratarse principalmente de formas secundarias.