



17. ¿ES REALMENTE EL SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO* UNA ENTIDAD BENIGNA? PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO Y A LARGO PLAZO

Pablo Carrión Montaner¹, Gabriel Torres Ruiz¹, Jordi Sans Roselló¹, Salvatore Brugaletta², Enrico Cerrato³, Fernando Alonso⁴, Nieves Gonzalo⁵, Jesús Ignacio Amat⁶, Blanca Simon Frances⁷, Víctor García Hernando¹, Antoni Martínez Rubio¹ y Héctor M. García García⁷

¹Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, ²Unidad de Hemodinámica. Hospital Clínic, Barcelona, España, ³Section of Interventional Cardiology. San Luigi Gonzaga University Hospital, Turín, Italia, ⁴Unidad de Hemodinámica. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España, ⁵Unidad de Hemodinámica. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁶Unidad de Hemodinámica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España y ⁷Section of Interventional Cardiology. MedStar Washington Hospital Center, Washington DC Washington, Estados Unidos.

Resumen

Introducción y objetivos: A pesar de que el síndrome de *tako-tsubo* (STT) se ha caracterizado por una evolución clínica benigna con recuperación de las alteraciones de la contractilidad, hay evidencia de que el pronóstico se equipara incluso al de los síndromes coronarios agudos (SCA). Nuestro objetivo es el de evaluar las complicaciones, así como el pronóstico intrahospitalario y durante el seguimiento de esta patología.

Métodos: Registro retrospectivo multicéntrico de 676 STT registrados entre 2004-2023. Se recogieron datos clínicos, ecocardiográficos, complicaciones y terapias durante el ingreso así como la mortalidad intrahospitalaria. Seguimiento mediante revisión de historias clínicas.

Resultados: Edad media 74,7 años (66,8-81,4), 87,5% mujeres. 25,5% antecedente de trastorno psiquiátrico, 20,4% de neoplasia, 8,8% de enfermedad renal crónica. 77,3% formas clásicas, 51% presencia de estresor previo, 21,9% formas secundarias, FEVI al ingreso 40% (IQR 35-50). Durante el ingreso, el 33,1% presentaron un Killip > I mientras que el 23,8% precisaron de algún tipo de ventilación mecánica (invasiva/no invasiva). El 12,1% presentó *shock* cardiogénico con necesidad de inotrópicos durante su estancia hospitalaria, mientras que en un 1,5% se implantó un balón de contrapulsación intraaórtico. El 13,3% presentaron insuficiencia renal aguda con un 1,5% de los pacientes precisando terapias de sustitución renal continua. 2 pacientes fueron intervenidos de cirugía valvular mitral. Un 42% presentó QT largo y 10% arritmias supraventriculares/ventriculares. La incidencia de trombo apical fue del 0,8% presentando el 1,8% un accidente vascular cerebral (AVC). Se registró un 4,6% de obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo. La mortalidad intrahospitalaria fue del 3,5% (cardiovascular 1,9%, principalmente por insuficiencia cardíaca y muerte súbita cardíaca). Mediana de seguimiento 1.590 días (IQR 722-2557) con 5,8% de recurrencias y 23,3% de mortalidad (6,4% cardiovascular). Durante el seguimiento, 12,4% eventos de insuficiencia cardíaca, 9,4% arritmias sintomáticas, 3,5% AVC, 2,5% SCA y 6,7% neoplasias malignas.

Conclusiones: Los pacientes con STT presentan una evolución no tan favorable como se había descrito inicialmente con una tasa no despreciable de complicaciones tanto durante el ingreso como durante el seguimiento a largo plazo.