Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 1002

Revista Española de Cardiología

6048-310. DIFERENCIAS EN EL PERFIL CLÍNICO, PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO Y DURANTE EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO* CON UNA MÁS EXTENSA AFECTACIÓN VENTRICULAR EN LA FASE AGUDA

Pablo Carrión Montaner[1], Jordi Sans-Roselló[1], Estefanía Fernández-Peregrina[2], Gabriel Torres Ruiz[1], Paola Noemí Rojas Flores[1], Jordi Cahís-Vela[1], Víctor García-Hernando[3], Aleksander Kardenass[1], Mario Torres Sanabria[4], José Pablo del Castillo Vázquez[4], Gala Caixal Vila[3], Héctor M. García-García[5] y Antonio Martínez Rubio[1]

[1]Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, [2]Hemodinámica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, [3]Electrofisiología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, [4]Hemodinámica. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España y [5]Cardiología Intervencionista. Medstar Hospital Center, Washington DC (Estados Unidos).

Resumen

Introducción y objetivos: La clasificación de los diferentes patrones del síndrome de *tako-tsubo* (STT) no tienen en cuenta la extensión de la afectación segmentaria del ventrículo izquierdo (VI) durante la fase aguda. El objetivo de nuestro estudio fue caracterizar los pacientes con STT que presentan una afectación más extensa del VI y establecer diferencias pronósticas durante el ingreso y tras el alta hospitalaria.

Métodos: Inclusión de 420 STT. Se dividieron los pacientes en función de si presentaban afectación de un territorio del VI (apical/medio/basal) o de dos territorios (mediapical/mediobasal). Se recogieron datos clínicos, analíticos y terapias durante el ingreso y se registraron recurrencias, mortalidad global (cardiovascular) y aparición de MACE (muerte por cualquier causa, ictus, eventos de IC, arritmias sintomáticas y síndrome coronario agudo) durante el primer año de seguimiento.

Resultados: Edad 73,7 años (IQR 65,0-80,9), 85,2% mujeres, 74,6% formas clásicas apicales, 25,5% formas secundarias y 49,5% estresor. 40,0% Killip > I (7,7% Killip IV) ingreso y 2,6% mortalidad intrahospitalaria (45,5% cardiovascular). 23,1% (97 pacientes) presentaron afectación en 2 territorios ventriculares. Al año 8,9% mortalidad acumulada (33,3% cardiovascular), 18,7% MACE y 1,1% recurrencias. El grupo con 2 territorios afectados presentó una mayor edad, un menor porcentaje de fumadores y un mayor porcentaje de enfermedad arterial coronaria (EAC) previa, Killip > I, FEVI 40%, lesión renal aguda y QT largo. Además, presentaron valores más elevados de NT-proBNP sin diferencias en los niveles de troponina o CK y presentaron un porcentaje mayor de *shock* y de arritmias durante el ingreso. La afectación de 2 territorios del VI mostró una tendencia a una mayor mortalidad intrahospitalaria y a un aumento en los MACE al año de seguimiento a expensas de un aumento en los eventos de insuficiencia cardiaca. No hubo diferencias en la mortalidad en el seguimiento ni en la aparición de recurrencias.

Variables

	1 territorio afectado (n = 323)	2 territorios afectados (n = 97)	p
Edad, años (IQR)	73,1 (64,0-79,8)	75,0 (70,0-83,0)	0,010
Sexo masculino, % (n)	13,3 (43)	19,6 (19)	0,127
Diabetes mellitus, % (n)	22,3 (71)	20,8 (20)	0,757
Hábito tabáquico, % (n)	18,3 (59)	8,3 (8)	0,018
Antecedente de enfermedad coronaria, % (n)	12,9 (21)	8,1 (60)	0,052
Formas secundarias, % (n)	23,9 (77)	30,9 (30)	0,165
Estresor precipitante, % (n)	47,6 (140)	55,2 (53)	0,197
Clase Killip> I al ingreso, % (n)	36,5 (118)	51,6 (50)	0,008
FEVI 40% al ingreso, % (n)	43,7 (141)	68,0 (66)	0,001
FG, ml/min/1,73 m^2 (IQR)	73,4 (50,9-91,1)	65,9 (47,7-83,5)	0,091
NT-proBNP, pg/ml (IQR)	3.300 (1.318-6.860)	7.159 (2.832-13.495)	0,001
QT largo, % (n)	37,3 (94)	61,5 (48)	0,001
Arritmias intrahospitalarias, % (n)	7,9 (24)	15,6 (15)	0,027
Lesión renal aguda, % (n)	12,9 (35)	25,0 (23)	0,006
FEVI seguimiento, % (IQR)	60 (57-65)	60 (55-62)	0,239
Mortalidad global 1 año seguimiento, % (n)	5,9 (18)	8,0 (7)	0,492
MACE 1 año seguimiento, % (n)	15,9 (48)	27,7 (26)	0,011
Eventos de IC 1 año seguimiento, % (n)	6,9 (20)	16,9 (15)	0,005

Recurrencias, % (n)	0,7 (2)	2,3 (2)	0,227

Las variables categóricas están mostradas como porcentajes mientras que las continuas mediante mediana (IQR: rango intercuartil). FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FG: filtrado glomerular; MACE: *MAJOR ADVERSE CARDIOVASCULAR EVENTS*; IC: Insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: La presencia de una edad avanzada, antecedentes de EAC previa se asociaron a una más extensa afectación del VI en el STT. La presencia de 2 territorios del VI afectados se asoció a una menor FEVI y peor clase Killip al ingreso, así como a valores más elevados de NT-proBNP y un mayor porcentaje de QT largo. Además, estos pacientes presentaron un mayor porcentaje de arritmias, *shock* y lesión renal aguda durante el ingreso junto a un aumento de MACE en el seguimiento.