



6048-312. FORMAS ATÍPICAS EN EL SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*: ¿QUÉ CAMBIA SI NO HAY DISCINESIA APICAL?

Pablo Carrión Montaner¹, Jordi Sans-Roselló¹, Estefanía Fernández-Peregrina², Gabriel Torres Ruiz¹, Paola Noemí Rojas Flores¹, Jordi Cahís-Vela¹, Víctor García-Hernando³, Aleksander Kardenass¹, Mario Torres Sanabria⁴, José Pablo del Castillo Vázquez⁴, Gala Caixal Vila³, Héctor M. García-García⁵ y Antonio Martínez Rubio¹

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

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de *tako-tsubo* (STT) se define como una miocardiopatía consistente en una discinesia apical aguda y transitoria. Sin embargo, existen otros patrones que no involucran el ápex denominadas formas atípicas que incluyen los patrones medioventriculares, basales y focales/atípicos. El objetivo del estudio fue caracterizar las diferencias clínicas y pronósticas en la fase aguda y durante el seguimiento de las formas atípicas.

Métodos: 747 STT registrados desde 2004-2023. Se clasificaron los STT en formas típicas (afectación apical) y formas atípicas (sin afectación apical). Se registraron durante el ingreso y al año variables clínicas y pronósticas incluyendo mortalidad, recurrencias y MACE (muerte por cualquier causa, ictus, evento insuficiencia cardiaca (IC), ingreso por arritmias sintomáticas y síndrome coronario agudo).

Resultados: Edad mediana 72 años (IQR 63,0-80,0), 87,5% mujeres, 9,1% enfermedad coronaria (EAC), 20,9% de formas atípicas, 52,7% presencia de estresor y 22,3% de formas secundarias. La mortalidad intrahospitalaria fue del 3,7% (2,2% cardiovascular). Al año, hubo 1,1% recurrencias, 9,6% de mortalidad (2,7% cardiovascular) y 15,8% de MACE. Los pacientes con formas atípicas tenían una menor edad y un menor porcentaje de HTA, DLP y antecedentes de EAC así como eran en mayor porcentaje varones, fumadores y formas secundarias. A pesar de una mayor FEVI al ingreso, las formas atípicas no presentaron diferencias en los valores de NT-proBNP ni en el Killip. A nivel ECG, las formas atípicas se presentaron menos frecuentemente con elevación del ST y más con descenso del ST. Destacó un menor porcentaje de obstrucción del tracto de salida del VI en las formas atípicas sin diferencias en las complicaciones ni en la mortalidad intrahospitalaria. En el seguimiento, no hubo diferencias en las recurrencias aunque sí un aumento de la mortalidad en las formas atípicas a expensas de una tendencia a una mayor mortalidad no-cardiovascular.

Variables	Formas típicas (n = 591)	Formas atípicas (n = 156)	p

Edad, años (IQR)	74,9 (67,5-81,0)	71 (62,0-82,0)	0,028
Sexo masculino, % (n)	11,1 (66)	17,2 (27)	0,049
Hipertensión, % (n)	71,7 (413)	58,9 (91)	0,001
Diabetes mellitus, % (n)	20,5 (118)	16,5 (25)	0,265
Dislipemia, % (n)	49,0 (282)	36,8 (56)	0,008
Fumador activo, % (n)	16,2 (96)	24,4 (38)	0,019
Enfermedad arterial coronaria, % (n)	6,8 (34)	1,8 (2)	0,041
Fenocopias, % (n)	19,3 (113)	34,2 (53)	0,001
Killip > 1 al ingreso, % (n)	43,3 (256)	37,2 (58)	0,167
FEVI ingreso, % (IQR)	40 (35-45)	45 (35-55)	0,001
Elevación del segmento ST, % (n)	51,6 (278)	37,7 (52)	0,041
Descenso del segmento ST, % (n)	19,2 (81)	42,9 (48)	0,001
Obstrucción TSVI, % (n)	6,6 (38)	2,6 (4)	0,057
Mortalidad global ingreso, % (n)	3,2 (19)	5,1 (8)	0,257
Recurrencias, % (n)	1,2 (5)	0,9 (1)	0,782
Mortalidad global 1 año, % (n)	8,5 (44)	14,0 (20)	0,047
Mortalidad CV 1 año, % (n)	2,5 (13)	3,5 (5)	0,514
Muerte no-CV 1 año, % (n)	6,0 (31)	10,5 (15)	0,058
MACE 1 año, % (n)	15,8 (77)	14,3 (18)	0,680

Las variables categóricas están mostradas como porcentajes mientras que las continuas mediante mediana (IQR: rango intercuartil). FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; TSVI: tracto de salida del ventrículo izquierdo; CV: cardiovascular; MACE: *major adverse cardiovascular events*.

Conclusiones: Las formas atípicas se asociaron a menor edad y a una menor proporción de HTA, DLP y EAC previa, así como a un mayor porcentaje de varones, formas secundarias y menor FEVI al ingreso. A pesar de que no hubo diferencias en el pronóstico intrahospitalario, las formas atípicas se asociaron a un aumento en la mortalidad al año a expensas de una tendencia a una mayor mortalidad no-cardiovascular.