Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 1063

Revista Española de Cardiología

6059-371. CARACTERIZACIÓN DEL *STRAIN* LONGITUDINAL GLOBAL (GLS) EN LOS DIFERENTES PATRONES DEL SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*

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] 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 y [4]Hemodinámica. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Más allá de las alteraciones macroscópicas en la contractilidad segmentaria, se ha descrito una afectación más generalizada de la función sistólica en el síndrome de *tako-tsubo* (STT). El objetivo de nuestro estudio fue evaluar y comparar el *strain* longitudinal global (GLS) de los diferentes patrones de contractilidad en el STT así como caracterizar las diferencias clínicas y pronósticas de los pacientes con mayor alteración del GLS.

Métodos: 159 STT con evaluación del GLS en las primeras 24 h. Se clasificaron los STT en función del patrón ventricular (afectación apical/media/basal/focal). Se evaluó el GLS global y en las 3 zonas ventriculares (apical/media/basal) y según la distribución teórica de territorios coronarios. Se establecieron 2 grupos en función de la mediana de GLS y se evaluó su asociación con variables clínicas y pronósticas intrahospitalarias y en el seguimiento a 1 año.

Resultados: Edad 74,9 años (IQR 67,2-81,0), 86,2% mujeres. 79,3% patrón apical, 8,2% medio, 6,9% basal y 5,7% focal. 30,2% formas secundarias y 56,6% estresor. 47,8% Killip > I al ingreso y 1,3% mortalidad intrahospitalaria. Al año, 11,0% de mortalidad acumulada, 26,0% MACE y 1,1% recurrencias. GLS global -10,4 (IQR -13,4/-7,4) con valores en zonas apicales y medias significativamente menores (p 0,001). Los pacientes con peores valores de GLS eran más ancianos (77,7 vs 70,7 años; p 0,001), con un menor porcentaje de formas atípicas (8,8 vs 29,1%; p 0,001), un mayor porcentaje de disnea (60,0 vs 32,9%; p 0,001), una peor FEVI al ingreso (40 vs 45%; p = 0,001) y NT-proBNP más elevado (5.621 vs 2.832 ng/ml; p = 0,02). No hubo diferencias en el Killip ni en mortalidad intrahospitalaria. Hubo una tendencia a un mayor porcentaje de estresor, QT largo, *shock*, mortalidad y MACE al año entre los pacientes con peor GLS. El GLS global fue significativamente menor en patrones apical y focal a expensas de un peor GLS apical sin diferencias en el GLS basal y medio. A nivel de territorios arteriales, las formas apicales y focales presentaron peores valores de GLS en territorio de la DA y de la Cx.

Variable

	Global (n = 159)	Patrón apical (n = 126)	Patrón medioventricular (n = 13)	Patrón basal (n = 11)	Patrón focal (n = 9)	p
GLS global, % (IQR)	-10,4 (-13,4/-7,4)	-9,7 (-12,9/-7,1)	-13,4 (-15,4/-10,9)	-13,4 (-14,6/-10,7)	-9,3 (-12,8/--6,2)	0,009
GLS basal, % (IQR)	-12,5 (-17,1/-9,4)	-12,2 (-16,4/-9,2)	-14,0 (-19,1/-12,1)	-15,0 (-16,2/-12,9)	-11,8 (-16,2/-10,2)	0,205
GLS medioventricular, % (IQR)	-9,1 (-12,9/-6,8)	-8,7 (-12,9/-6,7)	-11,9 (-12,2/-7,3)	-11,6 (-13,6/-6,7)	-9,9 (-13,6/-7,5)	0,664
GLS apical, % (IQR)	-8,9 (-14,3/-6,1)	-8,3 (-13,1/-5,8)	-11,3 (-15,8/-8,9)	-12,4 (-15,7/-11,0)	-6,0 (-12,5/-5,8)	0,006
p	0,001	0,001	0,163	0,048	0,246	
GLS territorio DA, % (IQR)	-9,4 (-13,8/-7,0)	-9,2 (-13,5/-6,4)	-12,3 (-15,7/-8,2)	-13,0 (-15,7/-9,4)	-7,6 (-12,6/-6,8)	0,044
GLS territorio Cx, % (IQR)	-12,1 (-15,9/-9,0)	-11,4 (-14,5/-8,5)	-16,2 (-17,5/-10,0)	-14,2 (-20,2/-10,0)	-11,8 (-14,4/-8,2)	0,035
GLS territorio CD, % (IQR)	-10,6 (-13,4/-8,1)	-10,3 (-13,2/-7,5)	-10,9 (-14,1/-8,8)	-13,3 (-14,2/-11,5)	-10,6 (-13,3/-8,5)	0,131
p	0,001	0,007	0,096	0,309	0,428	

Las variables continuas están mostradas mediante mediana (IQR: rango intercuartil). GLS: *strain* longitudinal global; DA: descendente anterior; Cx: circunfleja; CD: coronaria derecha.

Conclusiones: Existe una alteración global del GLS en el STT de predominio apical. Los pacientes con peores valores de GLS presentaban una edad más avanzada, mayor proporción de formas clásicas y disnea, una peor FEVI al ingreso y valores más altos de NT-proBNP sin afectar al pronóstico intrahospitalario. Las formas apicales y focales presentaron los valores más alterados de GLS al ingreso.