



6059-369. ¿ES REAL LA PARADOJA DE LA DIABETES MELLITUS EN EL SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*?

Sonia Cebrián López¹, Pablo Valentín García¹, Lidia Laguía Zarco¹, Julia Piñana Sendra¹, Ester Mínguez de la Guía¹, Macarena López Vázquez¹, Aday Monzón Melián¹, Raúl Calvo Córdoba¹, Nuria Vallejo Calcerrada¹, Álvaro Pinar Abellán¹, Concepción Urraca Espejel² y Miguel José Corbi Pascual¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España y ²Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares (Ciudad Real), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de *tako-tsubo* (STK) se trata de una miocardiopatía aguda con disfunción sistólica transitoria (horas-semanas) del ventrículo izquierdo (VI), con normalmente aquinesia apical sin enfermedad obstructiva coronaria demostrada. Hasta la fecha no hay causa clara y se ha entendido como una enfermedad con un curso benigno, sin embargo, hay varios estudios que han demostrado que la diabetes mellitus es una comorbilidad relevante que influye en contra de la aparición de esta entidad. El objetivo de este estudio fue analizar el valor pronóstico a corto y largo plazo de la diabetes mellitus (DM) en los pacientes (p) diagnosticados de STK.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo de los p con STK y DM comparado con aquellos sin DM ingresados en la unidad de críticos cardiovasculares (UCIC) de nuestro hospital entre los años 2012 y 2023.

Resultados: Se incluyeron un total de 87 pacientes con STK, de los cuales 25 eran diabéticos (28,7%) Los pacientes con STK y DM eran más frecuentemente mujeres (84%) con una media de edad de 73 años. La mayoría presentaban hipertensión arterial (84%), el 56% dislipemia, 12% cardiopatía isquémica previa y el 20% fibrilación auricular. La mortalidad durante el ingreso en UCIC fue más elevada en la cohorte de STK con DM (4,2 vs 0%) y presentaron el doble de evolución a *shock* cardiogénico (16% frente al 8,5%), mayor soporte circulatorio con dobutamina (16% frente al 8%) noradrenalina (16% frente al 9,7%), mayor debut de FA (16,6 vs 1,6%) y de necesidad de VMI (4,2 vs 1,6%) y de VMNI (8,3 vs 6,5%). Sin embargo, no hubo diferencias con respecto al uso de BCIAO o Impella, respectivamente. No se registraron arritmias ventriculares en el seguimiento. La mortalidad por causas CV a 1 año de seguimiento también fue superior en los pacientes con DM (16 vs 0%).

Características clínicas y demográficas de los pacientes con STK dividido por la presencia o no de DM

	DM (n = 25)	No DM (n = 62)
Mujeres	21 (84%)	55 (89%)

Edad media	73 (\pm 7)	68 (\pm 9,8)
Hipertensión	21 (84%)	43 (69,4%)
Dislipemia	14 (56%)	24 (38,7%)
CIC	3 (12%)	2 (3,2%)
FEVI (%)	41 (\pm 10)	39 (\pm 12)
Troponina (pg/ml), N 14	684 (\pm 803)	638 (\pm 484)
CK (U/l), N 174	383 (\pm 617)	276 (\pm 318)
Killip IV	4 (16%)	5 (8,5%)
Aminas	8 (32%)	11 (17%)
BCIAO	0 (0%)	1 (1,6%)
IOT	1 (4,2%)	1 (1,6%)
Mort. UCIC	1 (4,2%)	0 (0%)
Mort. CV 1 año	4 (16%)	0 (0%)

CIC: cardiopatía isquémica crónica; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; BCIAO: balón de contrapulsación intraaórtico; IOT: intubación orotraqueal; UCIC: unidad de críticos cardiovasculares; CV: cardiovascular.

Conclusiones: Numerosos estudios hay publicados acerca de la paradoja de DM en STK, puesto que la neuropatía autonómica inducida por la diabetes podría impedir potencialmente la cascada adrenérgica que da lugar al STK. Sin embargo, aunque la mayoría de pacientes diagnosticados de STK no eran diabéticos, fenómeno que sí podría explicar el efecto protector, la evolución intrahospitalaria y en el seguimiento fue peor en aquellos diabéticos. Sin embargo, se necesitan más estudios para evaluar los resultados a medio y largo plazo de la DM en el STK.