



EV-6. - SÍNDROME DE TAKO TSUBO. ¿LO DIAGNOSTICAMOS BIEN Y LO TRATAMOS BIEN?

D. Prieto Mateos, S. Calero Núñez, C. Ramírez Guijarro, M. Corbí Pascual, J. Córdoba Soriano, J. Navarro Cuartero, R. Fuentes Manso, A. Gómez Pérez

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Resumen

Objetivos: Analizar las características basales y manejo de tratamiento de todos los pacientes ingresados por sospecha de Tako-Tsubo durante un periodo de 5 años, y ver el porcentaje final de cuántos presentan el diagnóstico definitivo de dicho síndrome al alta.

Métodos: Se analizaron todos los pacientes dados de alta desde enero de 2009 hasta diciembre de 2013 en los que entre sus diagnósticos (principal o secundarios) se incluía el código 429.83 -STK- (CIE-9-MC).

Resultados: Se incluyen 34 p, el 56% tenía como diagnóstico principal STK y el 44% restante se catalogaron como infarto/dolor torácico con coronarias normales y el STK fue un diagnóstico secundario (alternativa diagnóstica). La edad media fue de 67,68 años (41-85), 94% mujeres y en el 62% presento una clara causa estresante (principalmente psicológica). Entre los FRCV destaca: 80% HTA, 30% DM, 38% dislipémicos, 3% antecedentes de cardiopatía isquémica, 29% hipotiroidismo. Un 15% se presentaron como Killip III o IV. Al 27% se realizó una coronariografía urgente por sospecha de SCACEST. Los valores medios de biomarcadores fueron: CK máxima 234, TnTus 325, TnT 0,86. Destaca que al alta más del 80% de los pacientes se trataron con beta bloqueantes, IECAs/ARAI, estatinas y AAS. Únicamente un 6% de los pacientes precisaron de soporte vasoactivo durante el ingreso. Electrocardiográficamente destaca que el 90% presentaron evolutivamente ondas T negativas en precordiales. El 88% presentaron disquinesia apical, el 12% restante medioventricular y el 85% tenían coronarias normales, el restante presentó lesiones no significativas. En el seguimiento se confirmó el diagnóstico de STK en 94% de los casos, únicamente en 2 se diagnosticaron por RNM de IAM apical y de miocarditis. Hubo un único eventos cardiovascular (SCA) en un seguimiento medio de 3,8 años.

Discusión: El síndrome de Tako-Tsubo es una patología que afecta principalmente a mujeres (94%), en nuestro trabajo la media de debut fue en la sexta década. Un importante porcentaje (62%) presentaba una causa estresante como desencadenante. Aunque no se suele asociar a factores de riesgo cardiovasculares importantes, en nuestro trabajo un 80% eran hipertensos, 38% diabéticos y 3% dislipémicos. El Tako-Tsubo simula un SCA, por ello el 27% de los pacientes recibieron una coronariografía urgente. Al existir un daño miocárdico en las analíticas se objetiva elevación de marcadores enzimáticos (CK máxima 234, TnTus 325, TnT 0,86). En el diagnóstico es importante el

ecocardiograma para visualizar alteraciones de la contractilidad, el 88% presentaba disquenesia apical y el 12% restante medioventricular. No había lesiones significativas en el 100% de los pacientes. El manejo fue superponible al de un SCA, al alta más del 80% se trataron con beta bloqueantes, IECAs/ARAII, estatinas y AAS. Únicamente un 6% de los pacientes precisaron de soporte vasoactivo durante el ingreso. Finalmente durante el seguimiento se confirmó el diagnóstico de STK en 94% de los casos mediante repetición de ecocardiograma y resonancia magnética cardiaca, la cual dio un diagnóstico diferente en 2 pacientes, uno de IAM apical y de otro de miocarditis. Resaltando la importancia de la RMC en el diagnóstico del síndrome de Tako-Tsubo.

Conclusiones: Un elevado porcentaje (> 90%) de los pacientes dados de alta con sospecha firme de STK se confirma en el seguimiento. Destaca la elevada prevalencia de FRCV en dicha población, el tratamiento al alta similar al de un SCA y el buen pronóstico a largo plazo. La RNM sigue siendo una herramienta fundamental en el diagnóstico diferencial de esta entidad.