



<https://www.revclinesp.es>

## 275 - SÍNDROME DE TAKOTSUBO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE HOSPITALARIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

*Aurora del Cristo de la Nuez Suárez, Laura Lozano Lozano, Edwin Verdugo Espinosa, Ana Ojeda Sosa, Jose Antonio Guerra Romero, Helena Bobis Reguera, Stefano Scoutto y Selena del Rocío Santana Jiménez*

*Medicina Interna, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características clínicas y epidemiológicas, la forma de presentación, las pruebas complementarias realizadas y el tratamiento recibido por los pacientes diagnosticados de síndrome de Takotsubo en nuestro servicio.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de síndrome de Tako-Tsubo, desde el año 2015 hasta la actualidad.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 23 pacientes diagnosticados de síndrome de Tako-Tsubo. Las características clínicas, comorbilidades, factores desencadenantes, forma de presentación clínica, así como los resultados de las pruebas complementarias y el tratamiento administrado, se recogen en las figuras y tablas correspondientes. La mayoría de los pacientes presentó disfunción moderada del ventrículo izquierdo (95,7%). Durante el ingreso, la mediana de la estancia hospitalaria fue de 19 días (rango intercuartílico: 11-38). Un 47,8% de los pacientes ( $n = 11$ ) requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, el 43,5% ( $n = 10$ ) precisó ventilación mecánica no invasiva y el 26,1% ( $n = 6$ ) fue preciso de intubación orotraqueal (IOT). Entre las complicaciones más frecuentes destacaron el shock cardiogénico en el 31,4% de los casos ( $n = 7$ ), el edema agudo de pulmón también en el 31,4% ( $n = 7$ ), y el fracaso renal agudo o agudización de enfermedad renal crónica en el 52,2% ( $n = 12$ ). No se registraron fallecimientos durante el ingreso hospitalario. Al alta, un 17,4% de los pacientes ( $n = 4$ ) persistía con disfunción ventricular. A lo largo del seguimiento, el 8,7% ( $n = 2$ ) presentó recaídas y el 30,4% ( $n = 7$ ) desarrolló insuficiencia cardíaca en el plazo de un año. Fallecieron tras el alta un total de 7 pacientes (29,2%), de los cuales 4 lo hicieron en el primer año. La mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta el fallecimiento fue de 10,7 meses (rango intercuartílico: 3,7-27,3).

Variable	N = 23
Edad (años), mediana (rango intercuartílico)	64,9 (57,4-78,9)
Sexo femenino, n (%)	19 (82,6)

<b>Sedentarismo, n (%)</b>	14 (60,9)
<b>Hábitos tóxicos, n (%)</b>	
Tabaquismo	16 (69,6)
Alcohol	5 (21,7)
<b>Comorbilidades, n (%)</b>	
Obesidad	9 (39,1)
Hipertensión arterial	15 (65,2)
Diabetes mellitus	7 (30,4)
Dislipemia	16 (69,6)
Síndrome metabólico	13 (56,5)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7 (30,4)
Asma	2 (8,7)
Oxigenoterapia crónica domiciliaria	3 (13%)
Enfermedad renal crónica	5 (21,7%)
Insuficiencia cardíaca	4 (17,4)
Fibrilación auricular	5 (21,7)
Enfermedad oncológica	3 (13%)
Anemia	4 (17,4)
Demencia	6 (26,1)

Depresión	12 (52,2)
Ansiedad	7 (30,4)
<b>Charlson, mediana (rango intercuartílico)</b>	4 (2-6)

Desencadenante, n (%)

Físico (enfermedad grave)	22 (95,7)
Neumonía	9 (39,1)
Infección	14 (60,8)
Bacteriana	9 (39,1)
Vírica	5 (21,7)
Metabólica (cetoacidosis diabética)	4 (17,4)
Neurológica (crisis comicial)	1 (4,3)
Anemización aguda	1 (4,3)
Emocional	1 (4,3)

Variable	N = 23
<b>Laboratorio, mediana (rango intercuartílico)</b>	
Troponinas al ingreso (ng/mL)	300 (34-1.413)
Troponinas pico máximo (ng/mL)	1.119,4 (272,6-6.125)
NT-proBNP al ingreso (pg/mL)	9.257,5 (774,25-20.533,75)

NT-proBNP al alta (pg/mL)	5.139 (1.335,75-20.533,75)
CPK ingreso (U/L)	181 (46-372)
CPK máximo (U/L)	194,5 (62,50-565)
Leucocitos al ingreso (mL)	14.400 (10.900-18.200)
Hemoglobina al ingreso (g/dL)	12 (10,9-13,8)
Glucosa al ingreso (mg/dL)	149 (115-258)
PCR al ingreso (mg/dL)	3,2 (0,9-5,8)
PCT al ingreso (ng/dL)	0,92 (0,05-3,67)

#### Electrocardiograma, n (%)

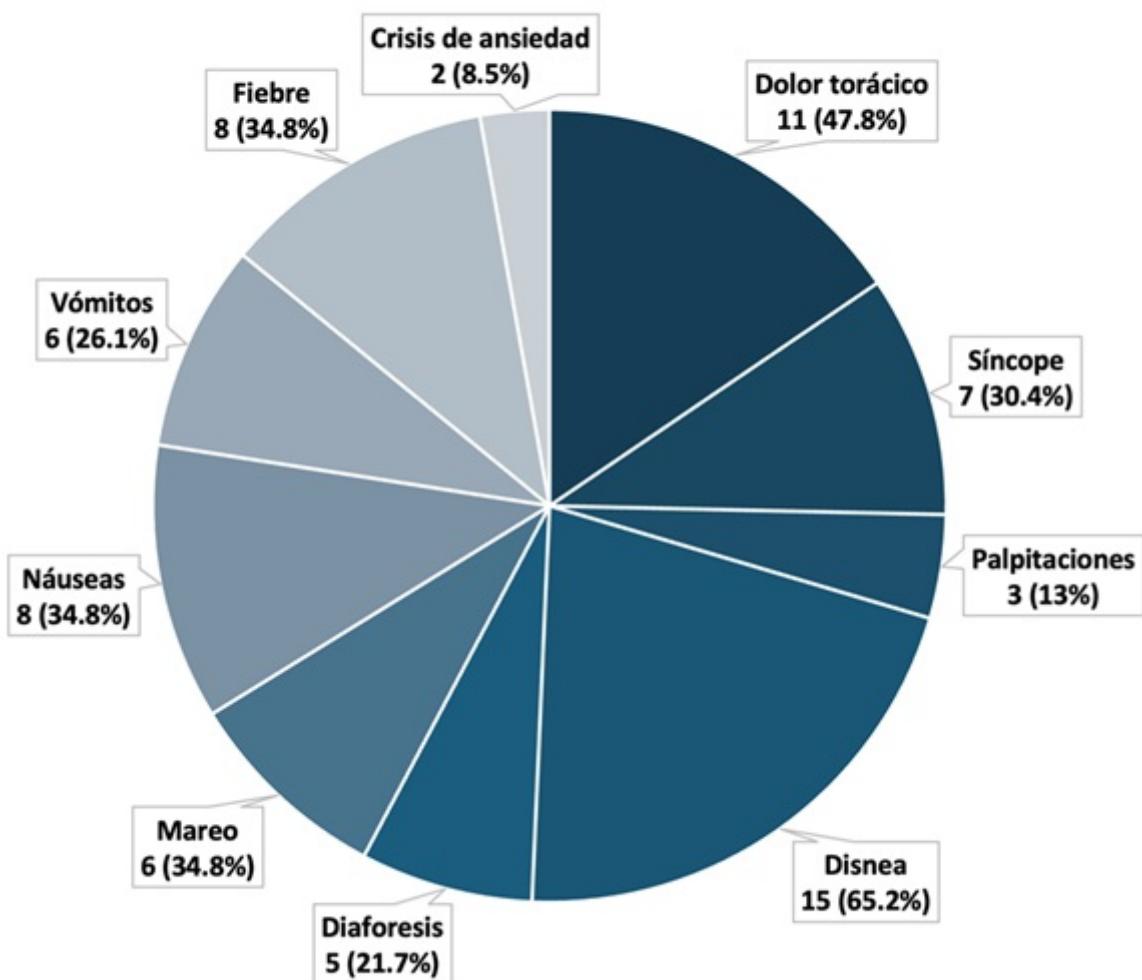
Elevación ST	4 (17,5)
Descenso ST	3 (13)
T negativas	13 (56,5)
QT prolongado	2 (8,7)

#### Ecocardiografía transtorácica, n (%)

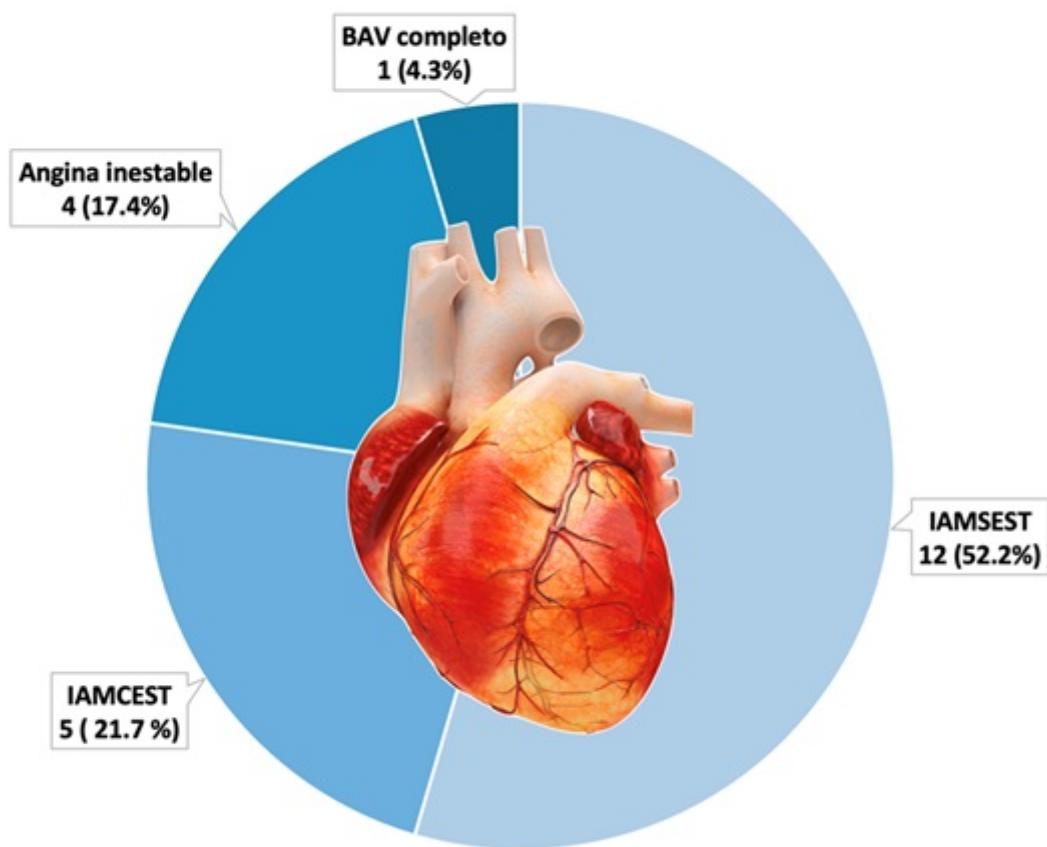
FEVI ingreso	40 (35-45)
FEVI al alta	58 (50-67)
Disquinesia apical	18 (78,3)
Hiperquinesia pical	13 (56,5)
Disfunción global transitoria	6 (26,1)

Insuficiencia mitral	9 (39,1)
Cateterismo cardiaco sin lesiones, n (%)	16 (69,6)
<b>Tratamiento, n (%)</b>	
Catecolaminas ingreso	7 (30,4)
Anticoagulación al alta	5 (21,7)
Aspirina al alta	8 (34,8)
Diuréticos al alta	9 (39,1)
IECA/ARA II al alta	13 (56,5)
Betabloqueantes al alta	8 (34,8)

## Sintomatología



## Presentación clínica



**Conclusiones:** El síndrome de Tako-Tsubo es una miocardiopatía transitoria caracterizada por disfunción del ventrículo izquierdo en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva significativa. En nuestra cohorte, predominó como desencadenante el estrés físico, principalmente en el contexto de procesos infecciosos. La mayoría de los pacientes (87%) presentó una recuperación funcional al alta. La tasa de mortalidad al año fue del 17,4%, observándose que los pacientes fallecidos eran, en su mayoría, de edad avanzada, con estilo de vida sedentario, múltiples factores de riesgo cardiovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) asociada. Las complicaciones inmediatas y la mortalidad en fase aguda son infrecuentes. A largo plazo, el síndrome de Tako-Tsubo suele asociarse a un buen pronóstico, con una baja tasa de recurrencias.