Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):727

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-058 - SÍNDROME DE TAKOTSUBO: VALOR DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA EN LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

G. Gallego Sánchez, C. Urraca Espejel, J. Navarro Cuartero, D. Prieto Mateos, C. Ramírez Guijarro, J. Córdoba Soriano, M. Corbí Pascual, J. Jiménez Mazuecos

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

Resumen

Objetivos: El síndrome de Takotsubo (STS) es una miocardiopatía reversible que simula clínicamente un síndrome coronario agudo. Muchos pacientes (P) son dados de alta hospitalaria con diagnóstico de sospecha hasta que la normalización de la disfunción miocárdica durante el seguimiento lo confirma siguiendo los criterios diagnósticos de la Clínica Mayo. Nuestro objetivo fue analizar el valor de la resonancia magnética card00EDaca (RMC) como herramienta diagnóstica en aquellos pacientes con sospecha de STS.

Métodos: Estudio prospectivo observacional donde se incluyeron todos los P desde enero 2009-abril 2015 con el código diagnóstico 429,83 (TS, CIE–9 –MC). Se analizaron las características clínicas, manejo, tasa diagnóstica según los criterios clásicos y hallazgos de la RMC.

Resultados: Se incluyeron 54 P, el 56% con diagnóstico al alta de STS y el 44% catalogados como infarto con coronarias normales y posible STS como diagnóstico secundario. La edad media de 69 años, 85% mujeres y un 52% presentaba desencadenante de estrés. El 76% eran HTA, 22% diabéticos, 38% dislipémicos, 3,7% tenía historia previa de cardiopatía isquémica. Un 22% debutaron como clase Killip III o IV, pero sólo el 14% requirió aminas vasoactivas. Se realizó cateterismo urgente en un 26% por sospecha de SCACEST, con coronarias normales en el 89%. El ECG mostró elevación del SST en el 60% y el 90% presentaron evolutivamente ondas T negativas en precordiales. El 93% de los P tenía discinesia apical y el restante 7% medioventricular. Al alta, un 96% fueron tratados con betabloqueantes, IECAs/ARAII, estatinas o AAS. Durante el seguimiento, el diagnóstico de TS se confirmó por criterios de la Clínica Mayo en el 94%. Sin embargo, utilizando la RMC se confirmaría en el 81,5% (13% IAM y un 5,5% miocarditis). Dos P fallecieron de causa no cardiaca durante el seguimiento, y otros dos presentaron algún evento CV (un SCA y un episodio de IC).

Discusión: En nuestra serie en más del 90% el diagnóstico fue confirmado durante el seguimiento siguiendo los criterios diagnósticos de la Clínica Mayo. No obstante la utilización de la RMC como discriminador hace que la tasa diagnóstica disminuya por reclasificarse aproximadamente un 20% de los pacientes en otros diagnósticos. Dado ese valor añadido que supone la RMC y que permite un más rápido y seguro diagnóstico, creemos que deberían revisarse los criterios diagnósticos del STS e incluir la RMC como elemento fundamental para diagnosticar esta entidad.

Conclusiones: La RMC emerge como una herramienta esencial para el correcto diagnóstico de estos pacientes, ya que con sólo el criterio de mejoría de FEVI se incluirían como STS a pacientes con otras patologías, con las implicaciones pronósticas y de tratamiento a medio-largo a largo plazo que ello conlleva.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.