

## Artículo original

Caracterización del síndrome de *tako-tsubo* en España: resultados del registro nacional RETAKO

Iván J. Núñez Gil<sup>a,\*</sup>, Mireia Andrés<sup>b</sup>, Manuel Almendro Delia<sup>c</sup>, Alessandro Sionis<sup>d</sup>, Ana Martín<sup>e</sup>, Teresa Bastante<sup>f</sup>, Juan Gabriel Córdoba Soriano<sup>g</sup>, José A. Linares Vicente<sup>h</sup>, Silvia González Sucarrats<sup>i</sup> y Alejandro Sánchez-Grande Flecha<sup>j</sup>, en representación de los investigadores del estudio RETAKO<sup>◇</sup>

<sup>a</sup>Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España

<sup>c</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

<sup>d</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, Servicio de Cardiología, Hospital de Sant Pau, Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España

<sup>e</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

<sup>f</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

<sup>g</sup>Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

<sup>h</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España

<sup>i</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lérida, España

<sup>j</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, Sta. Cruz de Tenerife, España

## Historia del artículo:

Recibido el 16 de mayo de 2014

Aceptado el 7 de julio de 2014

On-line el 18 de diciembre de 2014

## Palabras clave:

Infarto

Síndrome coronario agudo

Síndrome de *tako-tsubo*

Registro

Pronóstico

Epidemiología

## RESUMEN

**Introducción y objetivos:** El síndrome de *tako-tsubo* es una entidad de etiología y epidemiología inciertas, capaz de semejarse a un infarto y que, aunque suele tener buen pronóstico, no está exenta de complicaciones. El objetivo del presente trabajo es caracterizar esta enfermedad en nuestro medio a través de un registro (Registro nacional multicéntrico sobre síndrome de TAKOsubo).

**Métodos:** El registro prospectivo incluyó a 202 pacientes incidentes en 23 hospitales entre 2012-2013. Se recogieron las características clínicas, analíticas, electrocardiográficas y de imagen, así como los eventos durante el seguimiento. Se incluyó a los pacientes cuando sus médicos consideraron probado el caso, y la incidencia de la enfermedad se calculó en función de los cateterismos solicitados con el diagnóstico presunto de síndrome coronario agudo.

**Resultados:** Los casos fueron predominantemente mujeres (90%), con una media de edad de 70 años y frecuentes factores de riesgo cardiovascular, hipertensión arterial (67%), dislipemia (41%), diabetes mellitus (15%) y tabaquismo (15%). Sin clara distribución semanal o estacional, se calculó una incidencia del 1,2%. El dolor torácico fue el síntoma predominante, con algún desencadenante (psíquico, físico o ambos) en el 72%, y la mayoría consultó en las primeras 6 h. La estancia mediana fue de 7 días; apareció algún síntoma de insuficiencia cardiaca en el 34,0% y arritmias en el 26,7% y murió el 2,4%.

**Conclusiones:** El síndrome de *tako-tsubo* es una enfermedad poco incidente, que afecta predominantemente a mujeres posmenopáusicas, en más de la mitad de los casos tras una situación psicológicamente estresante. Se caracteriza por dolor anginoso, sin distribución estacional; aunque no está exenta de morbimortalidad, conlleva buen pronóstico.

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Characterization of Tako-tsubo Cardiomyopathy in Spain: Results from the RETAKO National Registry

## ABSTRACT

**Introduction and aims:** The etiology and epidemiology of tako-tsubo cardiomyopathy remain uncertain. The symptoms of this condition are often similar to those of myocardial infarction and, although it usually has a good prognosis, it is not without complications. Our aim was to characterize this disease in our setting using a dedicated registry (Spanish REgistry for TAKOsubo cardiomyopathy).

**Methods:** The prospective registry included 202 incident patients in 23 hospitals from 2012 to 2013. The patients' clinical characteristics and analytical, echocardiographic, and imaging results were recorded, as were the events during follow-up. Patients were included when the attending physician considered the case proven, and incidence was calculated relative to the catheterizations requested for a presumptive diagnosis of acute coronary syndrome.

## Keywords:

Infarct

Acute coronary syndrome

Tako-tsubo cardiomyopathy

Registry

Prognosis

Epidemiology

\* Autor para correspondencia: Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Avda. Prof. Martín Lagos s/n, 28040 Madrid, España.

Correo electrónico: [ibnsky@yahoo.es](mailto:ibnsky@yahoo.es) (I.J. Núñez Gil).

<sup>1</sup> En el [anexo](#) se relacionan los investigadores del estudio RETAKO.

**Results:** The patients were predominantly women (90%), with a mean age of 70 years, and many had cardiovascular risk factors, such as hypertension (67%), dyslipidemia (41%), diabetes mellitus (15%), and smoking (15%). The incidence of tako-tsubo cardiomyopathy was 1.2%, and there was no clear weekly or seasonal distribution pattern. Chest pain was the predominant symptom, a triggering factor (emotional, physical, or both) was present in 72%, and most patients consulted within the first 6 h after symptom onset. The median duration of hospitalization was 7 days. There were heart failure symptoms in 34.0%, arrhythmia in 26.7%, and 2.4% of patients died.

**Conclusions:** The incidence of tako-tsubo cardiomyopathy is low. This disease primarily affects postmenopausal women, and occurs after a situation of emotional stress in more than half of affected individuals. It is characterized by anginal pain, shows no seasonal distribution, and has a good prognosis, although it is not without morbidity and mortality.

Full English text available from: [www.revespcardiol.org/en](http://www.revespcardiol.org/en)

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Abreviaturas

RETAKO: REgistro nacional multicéntrico sobre síndrome de TAKOsubo  
 STK: síndrome de *tako-tsubo*

## INTRODUCCIÓN

En 1990 se describió en Japón un síndrome consistente en dolor torácico, cambios electrocardiográficos y bioquímicos similares a los de un infarto agudo de miocardio, con alteraciones de la contractilidad apical del ventrículo izquierdo<sup>1</sup>. La peculiaridad de la nueva enfermedad, que entonces se achacó a espasmo multivaso, fue la presencia de coronarias sin lesiones y la práctica resolución de los marcados trastornos segmentarios ventriculares en días o semanas<sup>1,2</sup>. Se denominó a este síndrome *apical ballooning*, síndrome de *tako-tsubo* (STK) o discinesia apical transitoria. Destacaban respecto a los síndromes coronarios clásicos la afección segmentaria en varios territorios coronarios y el excelente pronóstico ulterior<sup>2,3</sup>. No obstante, aunque usualmente benigna, esta enfermedad no está exenta de complicaciones; las más frecuentes son la insuficiencia cardiaca o las arritmias, los trombos intraventriculares o incluso la muerte, principalmente en el momento agudo<sup>4</sup>.

En consonancia con estos hallazgos, grupos españoles y fuera de España han recogido varias series de casos hasta hoy<sup>1-6</sup>. Ello ha motivado la descripción de la primera serie en España de la variante medioventricular<sup>7</sup>, enfermedad reconocida fuera de España<sup>3</sup>. Otras publicaciones españolas han consistido en la descripción de pacientes con afección ventricular predominantemente inferior y en poner de manifiesto la posibilidad teórica de que esta afección concorra con cardiopatía isquémica crónica<sup>8</sup>. Asimismo, se ha estudiado la relación entre la hipertrofia ventricular izquierda y la evolución a medio-largo plazo de estos pacientes<sup>4</sup>, que podría no ser tan benigna como se ha señalado previamente en el grupo con ventrículos hipertróficos<sup>9</sup>. Además, investigadores españoles han estudiado intensamente la fisiopatología del cuadro, y han propuesto algunas interesantes teorías como la descendente anterior recurrente<sup>5</sup> o la influencia del gradiente intraventricular<sup>9</sup>. Otros trabajos publicados han comparado los hallazgos electrocardiográficos en relación con la raza<sup>6,10</sup>. Respecto a la etiopatogenia, se han propuesto múltiples teorías con la intención de explicar la génesis del STK<sup>11-14</sup>. Aunque todavía no se ha conseguido aclararla, parece que hay una importante relación entre la elevación de catecolaminas circulantes (por una situación estresante psíquica o física) y la aparición de este síndrome<sup>4,11</sup>. Sin embargo, la causa cierta del STK continúa sin esclarecerse de

manera definitiva, y no se dispone de claros datos epidemiológicos en España, ya que la mayoría de los trabajos publicados comprenden la experiencia aislada de uno o pocos centros.

El propósito del presente trabajo es llevar a cabo un registro multicéntrico colaborativo nacional, con la finalidad de describir de manera más detallada el STK en nuestro medio.

## MÉTODOS

El REgistro nacional multicéntrico sobre síndrome de TAKOsubo (RETAKO), auspiciado por la Sección de Cardiopatía Isquémica y Cuidados Agudos Cardiovasculares de la Sociedad Española de Cardiología, es un estudio prospectivo, de ámbito nacional y voluntario. Se incluyó a los pacientes que cumplían, a juicio de los médicos que los trataban los criterios (basados en los criterios modificados de Mayo<sup>15</sup>) de la enfermedad, como se ha publicado previamente<sup>4</sup>. Para este análisis concreto, se recogió a los pacientes con dicho diagnóstico ingresados consecutivamente entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2013 inclusive, aportados por 23 hospitales de todo el país (tabla 1). Se comparó el número de pacientes con la cantidad de coronariografías solicitadas en cada hospital con el diagnóstico de trabajo (se confirmara después o no) de síndrome coronario agudo, para calcular la incidencia aproximada de la enfermedad en España. Se recogieron las características clínicas y las complicaciones durante el ingreso, así como los hallazgos analíticos, electrocardiográficos, ecocardiográficos y de otras técnicas de imagen en cada centro (la resonancia magnética cardiaca era opcional en el protocolo); esta información se envió en un cuaderno de recogida de datos, inicialmente por correo electrónico a un centro de procesamiento de datos y después (a partir de 2014) directamente en un cuaderno de recogida de datos electrónico en línea. Algunas variables de aspectos difíciles de sistematizar se recogieron como campo de texto libre. Para incluirlos, los pacientes debían haberse sometido una coronariografía invasiva en la que se descartaran lesiones coronarias obstructivas significativas (> 50%) o de cualquier tipo potencial causa del cuadro (p. ej., trombo, disección, úlcera, etc.). El tratamiento, en todo momento, se decidió a criterio de los médicos que trataban a los pacientes. Se recomendaron al menos dos puntos de seguimiento, uno a los 3 meses y otro al año del evento índice. Se exigió la completa normalización de las alteraciones segmentarias por cualquier técnica de imagen, excepto en los casos que fallecieron antes. Como objetivos en el seguimiento, se consideraron el fallecimiento de causa cardiovascular y por cualquier causa y la necesidad de reingreso por cualquier motivo en un servicio de cardiología. El estudio contó con la aprobación del Comité Ético del Hospital Clínico San Carlos, y los pacientes debieron otorgar su consentimiento informado para participar en el registro.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3013142>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3013142>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)