

Impacto de la terapia antiagregante en el síndrome de Tako-tsubo: ¿beneficio real o prescripción inercial?

Pablo Carrión Montaner(1), Jordi Sans-Roselló(1), Jordi Cahís-Vela(1), Andrés Ribas Closa(1), Alejandro Manuel Cabrera Fernández(1), Gabriel Torres Ruiz(1), Paola Rojas Flores(1), Víctor García Hernando(1), David Belmar Clivillé(1), Artur Gutiérrez Boncopmte(1) y Antonio Martínez Rubio(1) de (1)Hospital de Sabadell, Sabadell (Barcelona) - España

Introducción: En el Síndrome de Tako-tsubo (STT), la descarga adrenérgica induce un estado de hipercoagulabilidad, disfunción endotelial y daño microvascular. Durante años, por inercia terapéutica, los pacientes con STT eran dados de alta con antiagregación plaquetaria, sin que existiera evidencia clara de un beneficio clínico real. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar las características clínicas y la evolución de los pacientes con STT tratados con ácido acetilsalicílico (ASA) al alta hospitalaria.

Métodos: 571 STT desde 2004-2025. Se recogieron datos clínicos, analíticos y terapias durante el ingreso y al alta. Se registraron recurrencias, mortalidad y aparición de MACE durante el seguimiento.

Resultados: La edad mediana fue de 73 años (IQR 65.0-80.8), con un 87.2% de mujeres. El 78.3% presentó formas clásicas apicales, el 24.4% formas secundarias y el 51.4% estuvo asociado a un estresor. Durante el ingreso, el 13.1% presentó shock cardiogénico. El 57.7% recibieron tratamiento antiagregante al alta mientras que la prescripción de betabloqueantes, IECA/ARA-II y estatinas fue del 58.8%, 57.8% y 55.2%, respectivamente. En el seguimiento, el 15.7% de los pacientes desarrollaron MACE (8.2% eventos de IC, 4.3% arritmias, 1.0% SCA y 0.6% ictus). La mortalidad global al año fue del 6.6% (1.6% cardiovascular) mientras que hubo un 1.0 % de recurrencias. Los STT que presentaban factores de riesgo cardiovascular, hábito tabáquico, enfermedad renal crónica o antecedentes de enfermedad coronaria recibieron con mayor frecuencia prescripción de ASA al alta hospitalaria. Por el contrario, se observó una menor prescripción de ASA en aquellos pacientes que ingresaron con disnea, presentaban un intervalo QT prolongado o mostraban una forma típica de presentación. Asimismo, los pacientes con STT que presentaban una mayor elevación de NT-proBNP y niveles relativamente bajos de troponina fueron tratados con menor frecuencia con ASA.
En el seguimiento, se evidenció una disminución en la tasa de MACE, atribuida principalmente a una reducción de los síndromes coronarios agudos. No se hallaron diferencias significativas en la mortalidad durante el seguimiento.

Conclusiones: El tratamiento con ASA al alta se asoció con una reducción en la incidencia de MACE, a expensas de una menor tasa de síndromes coronarios agudos. No se observaron diferencias significativas en la mortalidad durante el seguimiento.

Resultados

	No ASA	ASA	p
Hipertensión, % (n)	65.4 (320)	76.5 (62)	0.049
Diabetes mellitus, % (n)	18.8 (92)	27.1 (22)	0.082
Dislipemia, % (n)	46.4 (227)	56.7 (46)	0.084
Hábito tabáquico, % (n)	14.7 (72)	30.8 (25)	0.002
Enfermedad renal crónica, % (n)	7.2 (35)	15.3 (12)	0.015
Enfermedad coronaria, % (n)	3.8 (18)	17.3 (12)	0.001
Disnea, % (n)	38.0 (184)	26.5 (21)	0.050
Dolor torácico, % (n)	76.0 (331)	78.9 (60)	0.588
STT típicos, % (n)	73.6 (361)	54.3 (44)	0.001
QT largo, % (n)	45.7 (151)	27.7 (10)	0.039
Ionotrópicos, % (n)	12.8 (61)	20.9 (13)	0.081
AKI, % (n)	16.1 (72)	25.9 (14)	0.071
Supradesnivelación del ST, % (n)	45.4 (220)	46.2 (37)	0.895
Infradesnivelación del ST, % (n)	25.8 (95)	20.3 (12)	0.368
Shock cardiogénico, % (n)	12.5 (59)	18.3 (11)	0.211
NT-proBNP, pg/ml (IQR)	3975 (1745-8837)	2072 (798-4522)	0.020
Troponinas al ingreso, ng/ml (IQR)	256 (78-681)	1095 (298-3635)	0.001
MACE al año, % (n)	17.2 (76)	4.8 (3)	0.001
Mortalidad seguimiento, % (n)	23.7 (103)	25.0 (14)	0.841

Las variables categóricas están mostradas como porcentajes mientras que las continuas mediante mediana (IQR: rango intercuartil). ERC: Enfermedad renal crónica; AKI: Acute kidney injury FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; CV: Cardiovascular; MACE: Major adverse cardiovascular events.