


# El cáncer es un predictor independiente de mal pronóstico en pacientes con síndrome de takotsubo

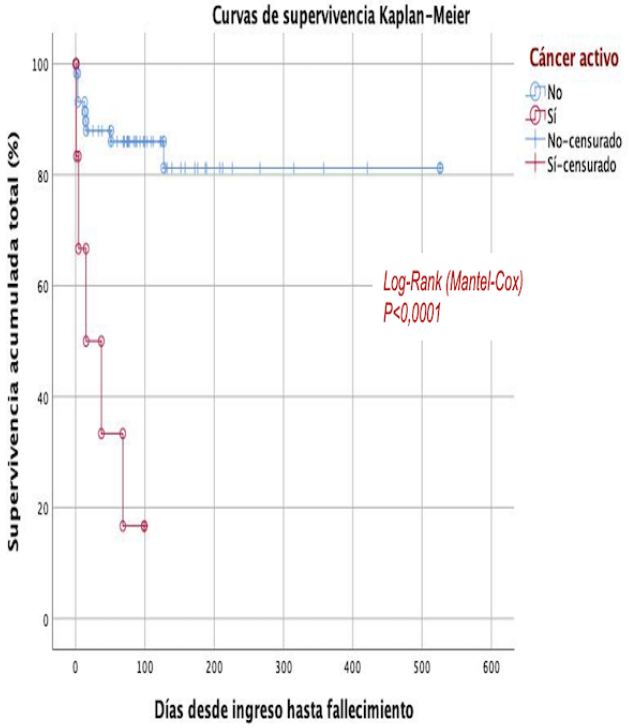
Claudia de la Caridad Noa Nimo(1), Ramón Arroyo Espliguero(2), María del Carmen Viana Llamas(2), Iohanna Daniela Bogdan Aguirre(1), Enrique Novo García(2), Mónica Morales Giráldez(2), Maryori Tohalino Cuadros(2), Lorena Buelga Gómez(2), Antonio Manuel Rojas González(2) y Borja Casas Sánchez(2) de (1)Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares (Madrid) - España y (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara - España

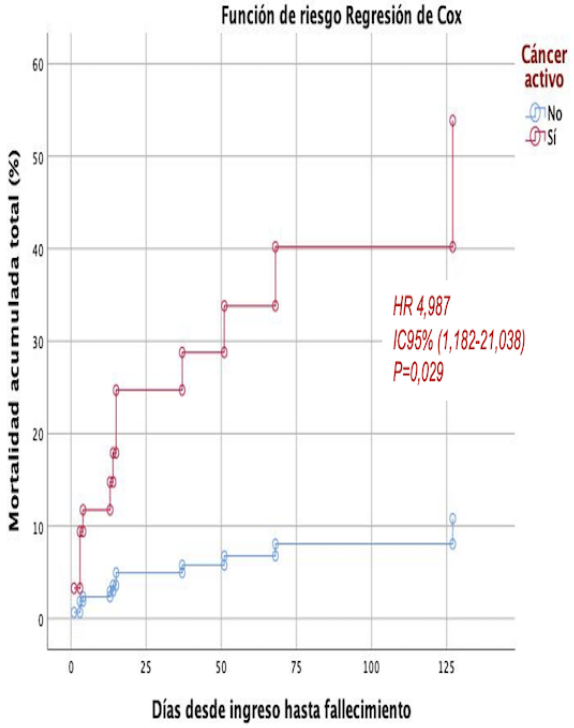
Introducción: El síndrome de takotsubo (STT) es una disfunción sistólica izquierda aguda, transitoria y reversible, con mayor prevalencia en mujeres postmenopáusicas. El cáncer, ya sea por la comorbilidad, estímulo emocional o ciertos quimioterápicos, puede afectar a la morbimortalidad del STT. El objetivo del estudio fue analizar la mortalidad total del STT asociada al cáncer.

Métodos: Estudio longitudinal de cohorte retrospectivo unicéntrico de 76 pacientes (72,6+/-11,7 años; 81,6% mujeres) ingresados de forma consecutiva con diagnóstico de STT entre abril de 2013 y diciembre de 2024. Se consideró la presencia de cáncer a cualquier proceso neoplásico <12 meses de evolución y/o en tratamiento oncológico activo. Se realizó un análisis de supervivencia (SPV) por el método de Kaplan-Meier (test de log-rank) y regresión múltiple de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: La mortalidad fue del 18,4%, con un seguimiento mediana 87,0 [49,0-130,5] y máximo de 526 días. La prevalencia de cáncer activo fue del 9,2%, siendo más frecuentemente varones (P=0,006) e inmunodeprimidos (P<0,000), sin diferencias de edad, género, factores de riesgo o parámetros de gravedad clínica y/o analítica. La edad (P=0,008), el género masculino (P=0,009), el cáncer (P<0,000) y el índice proteína C-reactiva/albúmina (IPA; P=0,008) al ingreso se asociaron de forma significativa a la mortalidad, sin asociación significativa entre la mortalidad y parámetros clínicos o analíticos de gravedad, p.ej.: clase Killip II-IV (P=0,160), troponina I/T ultrasensible (0,373), péptidos natriuréticos (P=0,383), soporte vasoactivo (P=0,067) o ventilación mecánica (P=0,428). No hubo diagnósticos de STT secundario a quimioterapia en ningún paciente. La supervivencia acumulada fue de 84,5% sin cáncer activo vs. 16,7% con cáncer activo (Log-Rank; P<0,000). La presencia de cáncer activo se asoció a una mayor mortalidad en pacientes con STT (HR 4,987; IC 95% 1,182-21,038; P=0,029), independientemente de la edad (P=0,019), género (P=0,900), FEVI (P=0,027), IPA (P=0,023), clase Killip II-IV (P=0,888) e infección al ingreso (P=0,676).

Conclusiones: La prevalencia de cáncer en pacientes con STT es alta y se asocia a mayor mortalidad, independientemente de la edad, género, marcadores de inflamación y gravedad clínica al ingreso. Estos hallazgos sugieren la necesidad de una valoración multidisciplinar cardio-oncológica en pacientes con STT y neoplasia activa.




**Características clínicas de los 76 pacientes con STT incluidos en el estudio.**

| | Total (N=76) | Vivos N=62 (81,6%) | Fallecidos N=14 (18,4%) | P |
|---|---|---|---|---|
| Sexo (masculino; n, %) | 14 (18,4%) | 8 (12,9%) | 6 (42,9%) | 0,009 |
| Edad (años) | 72,6±11,7 | 70,9±11,6 | 80,0±9,4 | 0,008 |
| HTA (n, %) | 49 (65,3%) | 39 (63,9%) | 10 (71,4%) | 0,595 |
| Diabetes mellitus (n, %) | 16 (21,6%) | 12 (20,0%) | 4 (28,6%) | 0,483 |
| Cáncer activo (n, %) | 7 (9,2%) | 2 (3,2%) | 5 (35,7%) | 0,000 |
| Infección (n, %) | 21 (27,6%) | 15 (24,2%) | 6 (42,9%) | 0,158 |
| Clase Killip (II-IV; n, %) | 36 (47,4%) | 27 (43,5%) | 9 (64,3%) | 0,160 |
| TrI/Tus max. (pg/mL) | 749,0 [213,8-2963,3] | 687,0 [177,8-2987,8] | 969,5 [316,3-3338,0] | 0,373 |
| NT-proBNP max. (pg/mL) | 2097,5 [702,0-12293,5] | 1462,0 [578,0-8807,5] | 10928,0 [1034,5-13543,5] | 0,383 |
| IPA (al ingreso) | 0,63 [0,08-2,16] | 0,43 [0,15-1,53] | 2,2 [1,1-3,1] | 0,008 |
| ECG anormal (n, %) | 67 (89,3%) | 55 (90,2%) | 12 (85,7%) | 0,627 |
| FEVI (%) | 37,0 [33,0-45,0] | 38,5 [34,5-45,0] | 32,5 [27,5-36,3] | 0,067 |
| HTP (n, %) | 16 (22,5%) | 13 (21,7%) | 3 (27,3%) | 0,682 |
| Diuréticos (n, %) | 47 (64,4%) | 37 (62,7%) | 10 (71,4%) | 0,540 |
| IECA/ARA-2 (n, %) | 47 (64,4%) | 37 (61,7%) | 10 (76,9%) | 0,298 |
| BIAC (n, %) | 2 (2,7%) | 2 (3,3%) | 0 (0,0%) | 0,492 |
| Soporte vasoactivo (n, %) | 18 (24,0%) | 12 (19,7%) | 6 (42,9%) | 0,067 |
| VMNI (n, %) | 17 (23,0%) | 10 (16,4%) | 7 (53,8%) | 0,004 |
| IOT (n, %) | 11 (14,7%) | 8 (13,1%) | 3 (21,4%) | 0,428 |

BIAC: Balón intra-aórtico de contrapulsación. ECG: Electrocardiograma. FEVI: Fracción de eyección ventricular izquierda. HTA: Hipertensión arterial. HTP: Hipertensión pulmonar. IPA: Índice Proteína C-reactiva/Albúmina. IOT: Intubación oro-traqueal. NT-proBNP: Extremo N-terminal del pro-péptido natriurético tipo B. TrI/Tus: Troponina I/T ultrasensible. VMNI: Ventilación mecánica no invasiva.