

Síndrome de Takotsubo en miocardiopatía hipertrófica: características clínicas y evolución en una serie de casos

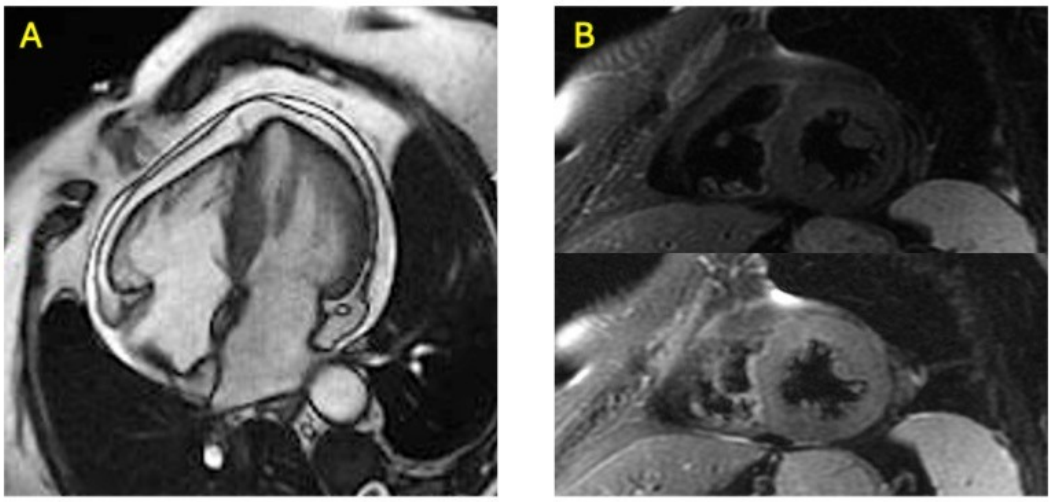
Ana Pilar Rodríguez Vicente(1), Jorge Vázquez López-Ibor(1), Lidia Vilches Miguel(1), Blanca Santos Martín(1), Miguel García Martín(1), Irene González García(1), Carlos Frau Ferrer(1), Jorge Salamanca Viloria(1), Fernando Alfonso Manterola(1) y Sofía Cuenca Parra(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid - España

Introducción: El síndrome de Takotsubo (STT) es una disfunción cardíaca aguda y transitoria. Su asociación con la miocardiopatía hipertrófica (MCH) está escasamente descrita. El objetivo de este estudio es describir el perfil clínico y evolutivo de una serie de casos con MCH que desarrollaron un STT, así como compararlas de forma descriptiva con el registro RETAKO, registro nacional multicéntrico sobre STT.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en un hospital terciario (2006–2026). De 219 pacientes con STT se identificaron aquellos con MCH. Se analizaron variables clínicas, electrocardiográficas y de imagen. Se realizó una comparación descriptiva con el registro RETAKO.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes con MCH (3,7% del total). La mediana de edad fue 84 [74,25–87] años, con predominio femenino (87,5%). El desencadenante fue físico en todos los casos con factor identificado (62,5%), y todos presentaron patrón apical. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) inicial fue 40 [33,75-51,25] %, con mediana de mejoría de 21 puntos al alta y recuperación ecocardiográfica precoz en <10 días en el 42,9%. En la RMC se objetivó edema en el 50%. Se registraron complicaciones en el 62,5%, incluyendo insuficiencia cardiaca (25%), shock cardiogénico (12,5%), trombo intraventricular (12,5%) e ictus (12,5%). La estancia media fue de 7 [6,5–12] días, sin mortalidad intrahospitalaria.
En comparación con el registro RETAKO, los pacientes de nuestra serie fueron mayores (84 vs 72 años). La insuficiencia cardiaca y el shock cardiogénico no mostraron diferencias relevantes (25% vs 30–50% y 12,5% vs 10–20%). Sin embargo, presentaron mayor incidencia de eventos tromboembólicos (trombo intraventricular e ictus cardioembólico, ambos 12,5% vs 2,8%) y menor recuperación ecocardiográfica precoz (42,9% vs 75%). La mortalidad intrahospitalaria fue nula (vs 2,3%).

Conclusiones: La coexistencia de MCH y STT es infrecuente y no ha sido descrita. En nuestra serie, afectó a mujeres de edad avanzada y se asoció a desencadenantes físicos. En comparación con el registro RETAKO, presentan mayor incidencia de complicaciones tromboembólicas y menor recuperación ecocardiográfica precoz. Estos hallazgos podrían sugerir un perfil clínico diferenciado sin impacto en la mortalidad, aunque con posible repercusión en la recuperación funcional aguda, que requiere confirmación en series más amplias.



Características clínicas y demográficas de la muestra.

Valores demográficos	Pacientes con MCH (n=8)
Edad (años)	84 [74,25-87]
Mujer (%) (n)	87,5 (7)
MCH septal (%)	87,5
Genética positiva (%)	12,5
Desencadenante identificado (%)	62,5
Desencadenante físico (%)	100
Takotsubo apical (%)	100
ECG con elevación ST (%)	25
ECG con negativización de onda T (%)	87,5
ECG con QT prolongado (%)	50
FEVI inicial (%)	40 [33,75-51,25]
Recuperación ETT <10 días (%)	42,9
RMC (%)	75
Edema en RMN (%)	50
Insuficiencia cardiaca (%)	25
Shock cardiogénico (%)	12,5
Trombo intraventricular (%)	12,5
Ictus cardioembólico (%)	12,5
Mortalidad intrahospitalaria (%)	0

Ecocardiograma transtorácico (ETT), electrocardiograma (ECG), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), miocardiopatía hipertrófica (MCH), resonancia magnética cardiaca (RMC).