



6019-113. DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO Y MANEJO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA POR EDAD EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA ANDALUZA

M. Esperanza Donoso Muñoz¹, María Luisa Peña Peña¹, Helena Llamas Gómez¹, Miguel Barranco Gutiérrez¹, Lidia Rodero Barcos¹, Pablo Martín Marín¹, David Grimaldos Parra¹, Rosa Macías Ruíz², María José Romero Reyes³, Ana González González⁴, José Gregorio Soto Rojas⁵, Noemí González Cruces⁶, Marta Martín Vélez¹, Javier Azcona Sousa¹ y Juan Manuel Aragón González¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España, ³Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España, ⁴Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España, ⁵Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España y ⁶Hospital Comarcal de Melilla, Melilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la miocardiopatía familiar más frecuente. Hasta ahora, no existían terapias que modificaran su fisiopatología y la evidencia científica de los fármacos tradicionalmente utilizados es escasa, lo que podría provocar diferencias en el tratamiento en función de algunos factores. Analizamos las características de una cohorte multicéntrica de pacientes con MCH comparando los tratamientos utilizados según la edad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en el que analizamos el tratamiento de dos grupos de edad de pacientes con MCH (# 45 años) de 6 Unidades de Cardiopatías Familiares de Andalucía incluidos entre enero 2021 y febrero 2024.

Resultados: Se incluyeron 622 pacientes con MCH, 61,5% hombres y edad media $52,85 \pm 15,19$ años ($69,7\% > 45$ años). El 77% recibieron algún tratamiento, siendo el 73,5% de ellos > 45 años. De los tratados, el gradiente obstructivo medio fue similar ($37,85$ mmHg # 45 [p 0,55]). Los 45 en NYHA II ($52,5\%$), relacionándose con la edad [p 0,002]. Los bloqueadores beta (BB) fueron los fármacos más utilizados en ambos, pero se usaron más en jóvenes ($55,4$ vs $39,3\%$ [p 45 años ($9,5$ vs $5,1\%$ y 9 vs $5,1\%$, respectivamente)], no se encontraron diferencias estadísticamente significativas [p 0,051 y p 0,79]. Tampoco vimos desigualdad respecto al tratamiento intervencionista ($31,63\%$ # 45 [p 0,35]). Así, solo hubo 13 ablaciones septales con alcohol, 12 en > 45 [p 0,2], y 27 miectomías, 20 en > 45 [p 0,9]. Sin embargo, el implante de marcapasos fue más frecuente en pacientes mayores ($6,2$ vs $0,6\%$ [p 0,003]) y el de DAI en menores ($19,8$ vs $7,7\%$ [p 0,001]).

Conclusiones: A pesar de un gradiente obstructivo similar, la clase funcional empeora con la edad. Aunque en nuestra cohorte el uso de ACA y disopiramida es el tratamiento principal en mayores por la peor respuesta a BB, no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas. Los procedimientos invasivos se realizan más en mayores, lo que podría relacionarse con la peor respuesta al tratamiento médico de nuestra muestra. El riesgo de muerte súbita parece estimarse mayor en los jóvenes, por el mayor implante de DAI.