

6059-370. RESULTADOS ECOCARDIOGRAMA ESTRÉS EJERCICIO EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Gustavo Aníbal Cortez Quiroga, María del Carmen Durán Torralba, Carmen Rus Mansilla, Marianela Carolina Castillo Núñez, Antonio Fernández Suárez y Gracia López Moyano

Hospital Alto Guadalquivir, Andújar (Jaén), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una enfermedad prevalente (1/500 población general), infradiagnosticada, en USA 1 de cada 7 pacientes son diagnosticados. El ecocardiograma estrés ejercicio (EEE) es una prueba fundamental en el diagnóstico, en el pronóstico y en el tratamiento de la (MCH), con una recomendación IB guía ESC 2023, pero son pocos los hospitales comarcales que la realizan. Objetivo: demostrar la utilidad a nivel diagnóstico, pronóstico y terapéutico del EEE en un hospital sin unidad especializada en MCH.

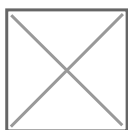
Métodos: Análisis retrospectivo y observacional. Entre noviembre 2014 y diciembre 2023 se realizaron 96 test de esfuerzo en 71 pacientes con MCH, 81% EEE (cinta rodante, mediciones en bipedestación) y 19% ergometrías (cinta rodante). A 16 pacientes se le realizaron test de esfuerzo seriados.

Resultados: Nuestra población fueron en su mayoría hombres (69%) de mediana edad ($52 \pm 12,5$ años), con un espesor miocárdico de $16,8 \pm 3,7$ mm, una FEVI en reposo $61,3 \pm 6,2\%$, y el 3,5% con gradiente aórtico en reposo > 30 mmHg. El 46% presentaban realce tardío en la cardiiorresonancia magnética. En el EEE el 61,4% y el 42,1% presentaron gradiente aórtico > 30 mmHg y > 50 mmHg respectivamente. El 16% presentaban basalmente insuficiencia mitral $> 2^\circ$, esta aumentó al 26,4% en el posejercicio, un 7% de los test presentaron alteraciones en la motilidad, en el 12,7% los pacientes presentaron síntomas y el 19,7% de los test de esfuerzo fueron positivo. En el seguimiento, al 5,6% de los pacientes se les realizó miectomía/ablación con alcohol, al 4,2% se les implantó DAI, el 2,8% falleció y el 1,4% en lista de trasplante (tabla). En los 16 pacientes con test de esfuerzo seriados, el 1^{er} test fue EEE en el 94% de los pacientes. A razón del primer test, se aumentó la prescripción de bloqueadores beta, bloqueantes cálcicos y/o disopiramida de un 25% a un 64,4% ($p = 0,001$), con una reducción de test suficientes (75% primer test vs 32% ($p = 0,007$)) pero sin presentar diferencias en la carga máxima de METS alcanzados ($9,9 \pm 3,4$ vs $9,9 \pm 3,6$, $p = \text{NS}$). En el seguimiento se redujo el porcentaje de pts con gradiente aórtico > 30 mmHg (73,3 vs 58%) y gradiente aórtico > 50 mmHg (53,3 vs 26,3%), sin ser estas diferencias significativas a razón del número de pacientes (figura).

Características clínicas	N (71)	Test de esfuerzo	N (71)
Edad años	52,7 (12,5)	METS	9,3 (3,7)

Sexo hombre	69%	FC ejercicio	140 (22)
HTA	52,1%	TAS ejercicio	162 (23,6)
FA	9,9%	FEVI reposo %	61,3 (6,2)
Enf. coronaria	4,2%	FEVI ejercicio %	74 (8,8)
DAI	4,2%	Grad pico mmHg	62,3 (23)
Bloqueadores beta	50,7%	TIMP	25,4%
Bloqueadores cálcicos	8,5%	Máx espesor mm	16,8 (3,7)
IECA/ARAI	33,8%	Resonancia	77,5%
Diuréticos	8,5%	Realce tardío	46%

DAI: desfibrilador automático implantable; FA: fibrilación auricular; FC: frecuencia cardiaca; FEVI: fracción de eyección; HTA: hipertensión arterial; Máx: máximo; TAS: tensión arterial sistólica; TIMP: test intermedio/mal pronóstico.



Conclusiones: El EEE es seguro y factible de realizar en un hospital comarcal, completando el diagnóstico, determinando el pronóstico y optimizando el tratamiento de los pacientes con MCH.