



5010-16. VALOR DE UNA ECOCARDIOGRAFÍA DE EJERCICIO INTEGRAL PARA EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Claudio Manuel Rivadulla Varela¹, Roberto Barriales Villa², José María Larrañaga Moreira², Cristina Martínez Veira², Diana Castro Dios², Raquel Vázquez García¹, Pablo Fernández de Aspe¹, Alberto Bouzas Mosquera¹, Xusto Fernández Fernández³, Lorenzo Monserrat³ y Jesús Peteiro¹

¹Laboratorio de Ecocardiografía, Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, CIBER-CV, Universidad de A Coruña. ²Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, CIBER-CV, Universidad de A Coruña. ³Health in Code, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, CIBER-CV, Universidad de A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: La ecocardiografía de ejercicio (EE) puede medir la función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo (VI), la obstrucción al tracto de salida del VI (TSVI) y la insuficiencia mitral (IM). Nuestro objetivo fue evaluar el valor pronóstico de estos parámetros durante una EE en pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MH).

Métodos: Evaluamos la función sistólica y diastólica del VI, la obstrucción en TSVI, y la IM durante una EE en cinta en 285 pacientes con MH (60 ± 14 años, 168 varones) y fracción de eyección del VI (FEVI) preservada ($> 50\%$). Se obtuvieron imágenes en reposo y pico de ejercicio para función del VI global/regional, y en reposo y postejercicio inmediato para gradientes en TSVI, IM y relación entre onda de flujo transmitral precoz en flujo de llenado del VI y onda precoz de Doppler tisular en el anillo septal mitral (E/e').

Resultados: La factibilidad fue: 100%, 97%, 98% y 98% para la función sistólica del VI, E/e' , gradientes de TSVI e IM, respectivamente. En 37 pacientes (13%) se observaba obstrucción en TSVI en reposo y 76 (27%) la desarrollaron con el ejercicio. La FEVI basal era $63 \pm 3\%$. Se vieron nuevas alteraciones de la motilidad regional (AMR) con el ejercicio en 38 pacientes (13%). Un $E/e' > 14$ estaba presente en 129 pacientes en reposo (45%) y en 134 en postejercicio (47%). Las cifras correspondientes para IM significativa (moderada o grave) eran 21 en reposo (7%) y 17 con el ejercicio (6%). Durante un seguimiento de $3,9 \pm 2,5$ años, 27 pacientes tuvieron un evento duro (muerte o trasplante cardiaco, arritmias malignas, accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, hospitalización por insuficiencia cardiaca), 39 un evento combinado (evento duro o nueva fibrilación auricular o síncope), y 58 un evento combinado más cualquier intervencionismo. La prueba de esfuerzo ECG, la FEVI pico y la combinación de una EE positiva + E/e' elevado en postejercicio ($n = 14$) fueron capaces de predecir el pronóstico. El peor porcentaje de eventos duros analizados correspondía a pacientes con E/e' de ejercicio elevado y EE positivo (5,9%), seguido por los que tenían E/e' de ejercicio elevado con EE normal (4%). Los pacientes con E/e' de ejercicio normal tenían mejores cifras (0,5% con EE normal; 1,2% con EE anormal).

EE (-) & E/e' ej. 14	127	98	58	26	-
EE (-) & E/e' ej. ? 14	114	82	55	31	11
EE (+) & E/e' ej. 14	24	14	8	-	-
EE (+) & E/e' ej. ? 14	20	9	4	-	-



Curva de supervivencia según EE y E/e'.

Conclusiones: Una EE integral es factible para pacientes con MH y FEVI preservada, y ofrece información pronóstica significativa.