



4037-3. EFECTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL DEPORTE EN EL GROSOR PARIETAL VENTRICULAR EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Antonio José Romero Puche, Inmaculada Pérez Sánchez, Josefa González Carrillo, Esperanza García Molina, Juan Ramón Gimeno Blanes y Mariano Valdés Chávarri del Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia y Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

Resumen

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) y la actividad deportiva son causas frecuentes de hipertrofia ventricular izquierda. Nuestro objetivo es estudiar la influencia de dichos factores sobre el grosor parietal en pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MH).

Métodos: Se revisaron pacientes consecutivos de nuestra consulta monográfica con diagnóstico de MH y al menos 16 años de edad, entre marzo 2003 y abril 2012. Se determinó el grosor parietal máximo mediante ecocardiograma en el momento del diagnóstico o de la primera valoración en consulta, estudiando su relación con el sexo, edad, actividad deportiva (definida como 3 o más sesiones de 1 hora/semana) e HTA.

Resultados: Se incluyen 628 pacientes (61% varones; edad 51 ± 17 años). 43,6% eran hipertensos, presentando mayor edad (59 vs 45 años; $p = 0,001$). 8% realizaban deporte regularmente, siendo éstos más jóvenes (39 vs 51 años; $p = 0,001$). En el análisis univariado, sólo la práctica deportiva se correlacionaba con el grosor ventricular (deporte: 16,8 vs 19,9 mm, $p = 0,001$; edad: $r = -0,04$, $p = 0,27$; sexo: 19,7 mm (H) vs 19,4 mm (M), $p = 0,47$; HTA: 19,4 vs 19,7 mm, $p = 0,4$). Se revisó si se había llegado al diagnóstico por síntomas o de forma casual, siendo menos frecuente la sintomatología entre los deportistas (19,6% vs 55,8%, $p = 0,001$) y correlacionándose los síntomas con mayores grosores (20,2 vs 19,0 mm, $p = 0,001$). En el análisis multivariado (regresión lineal múltiple), además de la actividad deportiva, se incluyó (debido a su relevancia clínica) la edad y presencia de síntomas. Resultaron predictores independientes de grosor ventricular la edad (coef. β estandarizado $-0,11$; $p = 0,07$), práctica deportiva (3 mm menos en deportistas; $p = 0,001$) y presencia de síntomas (+1,1 mm en sintomáticos, $p = 0,04$), con una capacidad de predicción baja (R^2 del modelo: 0,05). En un análisis separado se incluyó también HTA y sexo, sin relevancia de ninguno de estos factores (excluidos con $p = 0,27$ y $p = 0,21$).

Conclusiones: Al momento del diagnóstico de MH, la actividad deportiva se tradujo en menores grosores ventriculares. Aunque tal hallazgo pudiera ser parcialmente atribuible a un diagnóstico más precoz (en términos de edad y sintomatología), la significación se mantuvo tras ajuste para dichas variables. La presencia de HTA no parece influir en los grosores ventriculares.

4037-3.tif

Estimación de la media de grosor ventricular máximo (con IC95%) en deportistas vs no deportistas.