



## 6038-513. PREDICTORES ECOCARDIOGRÁFICOS DE PROGRESIÓN DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

César Jiménez Méndez<sup>1</sup>, Alberto Cecconi<sup>1</sup>, M. Teresa Nogales-Romo<sup>1</sup>, Esther González Bartol<sup>1</sup>, Guillermo Diego Nieto<sup>1</sup>, Lourdes Domínguez Arganda<sup>1</sup>, Amparo Benedicto Buendía<sup>1</sup>, María José Oliveira<sup>2</sup>, Paloma Caballero<sup>2</sup>, Antonio Manuel Rojas González<sup>1</sup>, Luis Jesús Jiménez-Borreguero<sup>1</sup> y Fernando Alfonso Manterola<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología y <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El incremento del espesor parietal en los pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH) no se limita a las formas juveniles si no que puede ocurrir en las demás etapas de la vida. Por esto, las guías europeas de práctica clínica recomiendan el seguimiento ecocardiográfico anual o bianual de los pacientes con MCH en situación clínica estable. El objetivo de este estudio es identificar los factores predictores de progresión de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en estos pacientes, para orientar la periodicidad del seguimiento.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de 44 pacientes con MCH y al menos 4 años de seguimiento ecocardiográfico. La progresión de la HVI se definió como el aumento del número de segmentos miocárdicos con hipertrofia o el incremento del espesor máximo > 2 mm medido por ecocardiografía. Se evaluó el valor predictor de las principales variables clínicas, ecocardiográficas y de resonancia magnética cardiaca. Para el análisis estadístico se empleó la regresión logística binaria.

**Resultados:** Se incluyeron 44 pacientes (edad: 61 ± 15 años) de los cuales el 59% eran varones. La mediana de seguimiento fue de 7 años (4-12 años). Hubo progresión de la hipertrofia en 19 pacientes (43%). En el análisis, la edad mayor de 65 años resultó ser factor predictor negativo para la progresión de la HVI (OR 0,178; IC 0,046-0,694). Ninguna de las demás variables clínicas, electrocardiográficas y morfológicas demostró significación estadística. En la tabla se muestra una selección de los resultados.

	Sin progresión (25/44)	Progresión (19/44)	OR	IC	p
> 65 años	15 (60%)	4 (21,1%)	0,178	0,046-0,694	0,013
Sexo femenino	10 (40%)	8 (42,1%)	1,091	0,325-3,667	0,888
Hipertensión arterial	16 (64%)	10 (52,6%)	0,625	0,185-2,108	0,449

Diabetes mellitus	6 (24%)	1 (5,3%)	0,176 0,019-1,608 0,124
Dislipemia	13 (52%)	7 (36,8%)	0,538 0,159-1,821 0,319
Fumador	4 (16%)	2 (10,5%)	0,618 0,101-3,789 0,603
Enfermedad coronaria	4 (16%)	1 (5,3%)	0,292 0,030-2,851 0,290
NYHA > I	11 (44%)	7 (36,8%)	0,742 0,219-2,519 0,633
Bloqueadores beta	17 (68%)	12 (63,2%)	0,807 0,230-2,830 0,737
Calcioantagonistas	4 (16%)	4 (21,1%)	1,400 0,301-6,505 0,668
IECA/ARAII	12 (48%)	6 (31,6%)	0,500 0,144-1,737 0,275
Hipertrofia septal	22 (88%)	17 (89,5%)	1,159 0,174-7,733 0,879
Hipertrofia anterior	7 (28%)	5 (26,3%)	0,918 0,240-3,519 0,901
Hipertrofia lateral	8 (32%)	6 (31,6%)	0,981 0,272-3,532 0,976
Hipertrofia inferior	7 (28%)	6 (31,6%)	1,187 0,322-4,368 0,797
Hipertrofia apical	10 (40%)	4 (21,1%)	2,500 0,640-9,766 0,188
Gradiente dinámico	9 (36%)	6 (31,6%)	0,821 0,231-2,910 0,759
LGE en CMR	11 (44%)	10 (52,6%)	1,364 0,395-4,705 0,624
Seguimiento ecocardiográfico ? 8 años	8 (32%)	6 (31,6%)	1,240 0,353-4,348 0,737

**Conclusiones:** Nuestro estudio sugiere que los pacientes con MCH en fase estable mayores de 65 años podrían tener un seguimiento ecocardiográfico más laxo que el actualmente recomendado por las guías actuales.