



## 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 cardi resonancia 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  $> a 2^\circ$ , 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 realizo 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<sup>er</sup> 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  $9,9 \pm 3,6$ ,  $p = NS$ ). 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) |

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