



## 6007-290. RIGIDEZ AÓRTICA COMO PREDICTOR DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA SILENTE EN DIABÉTICOS TIPO 2 ASINTOMÁTICOS

Rosario Mármol Lozano<sup>1</sup>, Manuel Jesús Gómez Martínez<sup>2</sup>, Darío Sanmiguel Cervera<sup>3</sup>, Claudia Cabadés Rumbeu<sup>3</sup>, José Luis Díez Gil<sup>3</sup>, Ildefonso Roldán Torres<sup>3</sup>, Katherine García Malpartida<sup>4</sup> y Antonio Hernández Mijares<sup>4</sup> del <sup>1</sup>H.G.U. Santa Lucía, Cartagena (Murcia), <sup>2</sup>Hospital General Universitario de Elche, (Alicante), <sup>3</sup>Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia y <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

### Resumen

**Objetivos:** Estudiar parámetros de rigidez arterial ecocardiográficos para predecir isquemia miocárdica silente (IMS) en varones diabéticos tipo 2 (DM).

**Métodos:** Recogimos 155p DM consecutivos y sin cardiopatía isquémica conocida. Se les realizó una analítica completa, una ergometría en tapiz rodante bajo protocolo de Bruce (diagnóstico de IMS) y una ecocardiografía en la que recogimos medidas morfológicas, función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo (relación E/A, tiempo de deceleración, doppler tisular anillo mitral) y parámetros de rigidez. Calculamos según fórmulas aceptadas la distensibilidad (D) y el *strain* (S) de aorta ascendente (definido por la deformación entre sístole y diástole) y la velocidad de propagación en aorta descendente (VPA) por modo M color. Nuestra muestra presentó edad de 59,4 años, IMC de 31,40, historia de DM de 10,6 años. 65,6% eran hipertensos, 73,4% dislipémicos y 82,5% fumadores (29,9% activo). Ecocardiográficamente, el tamaño del VI y la FEVI fueron normales; la geometría ventricular fue normal en un 69,5% (remodelado concéntrico en 25,3%, e hipertrofia excéntrica en 3,2%). Hubo disfunción diastólica en 81,8% (predominio de E < A: 69,5%) y presión telediastólica alta en (14,9%).

**Resultados:** En 23p (14,83%) se evidenció IMS, siendo de edad mayor: 62,39-58,92 años, p 0,021 y con menor prevalencia de HTA, 43,5-69,5%, p 0,016. No hubo diferencias en IMC, resto de FRCV, años de evolución, parámetros analíticos, morfológicos o de función diastólica de la ecocardiografía. No encontramos diferencias en el S, pero encontramos una menor D en el grupo de IMS: 1,09-1,61 cm<sup>2</sup>/dyn, p 0,044 y una menor VPA en el grupo de IMS 25,4-41,5 cm/s (p 0,016). Ambos tuvieron una correlación negativa con la IMS: VPA, r -0,376 p 0,007; D, r -0,162, p 0,044. Tras ajustar por edad, FRCV, IMC y función diastólica, la VPA se relacionó de forma independiente con la presencia de IMS: OR de 0,914 IC95 (0,84-0,99), p 0,04. El área bajo la curva COR mostró un aceptable poder discriminador de IMS para la VPA (AUC: 0,764; IC95% 0,607-0,92; p = 0,008). Establecimos un punto de corte de 35,75 cm/s con una sensibilidad del 90,9% y especificidad del 62,5%.

**Conclusiones:** La prevalencia de IMS en DM2 varones es relevante. La rigidez aórtica se relaciona con IMS en DM. Una velocidad de propagación de pulso en aorta descendente reducida se asocia de forma independiente con la presencia de IMS en varones DM tipo 2.