



RV/H-018 - ¿CÓMO CAMBIA LA GEOMETRÍA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE DALLAS Y LA HIPERTROFIA VENTRICULAR CON EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO?

E. Rodilla Sala¹, C. Ferrando Sánchez², G. López Rubio², R. Monllor Córcoles², Z. Saura Carretero², S. Navalón Blasco², B. Antequera López¹, J. Pascual Izuel¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto (Valencia). ²Grado de Medicina. Universidad CEU Cardenal Herrera. Castellón.

Resumen

Objetivos: Si bien las lesiones de órgano diana (LOD) subclínicas, cuando se determinan a nivel basal, han demostrado una alta capacidad predictiva independiente que va más allá de las tablas de riesgo cardiovascular (RCV), algunos estudios apuntan a que los cambios que se producen en ciertas LODs, como la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y la geometría ventricular, poseen un valor pronóstico incluso mayor. Además, estudios muy recientes han propuesto una nueva clasificación de la geometría ventricular, descrita en el estudio DALLAS, que aparentemente mejora la estratificación del RCV, pues incorpora el valor absoluto del ventrículo izquierdo a la proporción entre pared y diámetro ventriculares. El objetivo del estudio es describir la magnitud de la regresión de la HVI y de las alteraciones de la geometría ventricular asociadas al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos previamente no tratados en el marco de la práctica clínica diaria, y su relación con las cifras de presión arterial.

Material y métodos: Estudio posobservacional, longitudinal, de intervención en el ámbito de una Unidad de HTA, incluyendo 329 pacientes hipertensos previamente no tratados, consecutivos, con HVI basal de entre 1055 pacientes remitidos para valoración de HTA entre los años 1998 y 2014. A todos se les practicó una exploración clínica y de laboratorio estándar, con toma de presión arterial clínica y ambulatoria, así como una ecocardiografía en el mismo centro y por el mismo ecocardiografista, realizada según las Guías de la SEC, procediendo a un tratamiento dietético y farmacológico según la práctica clínica diaria. Todas las pruebas fueron repetidas al cabo de 12 meses de tratamiento. La definición de HTA fue la recogida en las Guías de la ESH (hombres $> 115 \text{ g/m}^2$, mujeres 95 g/m^2), la de la geometría ventricular corresponde al DALLAS Heart Study, dando lugar a 6 diferentes patrones.

Resultados: La edad media fue de $48,4 \pm 12,2$ años, el porcentaje de hombres fue de 47,7%, con un IMC de $29,2 \text{ kg/m}^2$. La PA sistólica y diastólica media fue de 145/88, la ambulatoria de 138/87 mmHg, respectivamente. La proporción de hipertensos con HVI que mostraron regresión de la HVI inicial fue del 52,3% (172 pacientes). Todos los descensos de cifras de presión, tanto clínicas, como ambulatorias, se asociaron de forma muy significativa a la reducción de la masa ventricular, siendo la más significativa la PAS de 24 horas, seguida de la PAD de 24 horas, lo cual se confirmó en una regresión lineal multivariante, ajustando por edad, sexo e IMC, permaneciendo significativas la reducción de PAS 24 horas, la masa ventricular inicial y el género. Sin embargo, la reducción en más de la mitad de los pacientes se acompañó de una normalización completa de la geometría ventricular en sólo 68 pacientes (20,7%), mientras 104 (31,6%)

presentaron remodelado concéntrico, 74 pacientes (22,4%) HVI concéntrica, 45 pacientes (13,7%) HVI excéntrica dilatada y 38 pacientes (11,6%) HVI excéntrica no dilatada o HVI concéntrica dilatada. El patrón geométrico que mayor regresión presentó es la HVI excéntrica no dilatada y la que menor la concéntrica dilatada. Destaca igualmente que entre los 726 pacientes sin HVI basal, 65 (9%) desarrollaron HVI, con una prevalencia de remodelado concéntrico del 48%.

Conclusiones: La regresión de la HVI ronda el 50% en pacientes hipertensos tras 1 año de tratamiento en condiciones de práctica clínica diaria, mostrando los patrones no dilatados una regresión mayor que los dilatados, si bien la normalización completa de la estructura cardíaca se redujo a sólo el 21% de los pacientes, mientras un 9% de pacientes sin HVI previa la desarrollaron durante el tratamiento, sugiriendo que además de la PA, el seguimiento de la masa ventricular como LOD puede aportar información clínica relevante.