



## 8. INFLUENCIA DEL SEXO EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA SEGÚN EL REGISTRO MIHCAT (MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA EN CATALUÑA)

Paola Rojas<sup>1</sup>, Laura Guillamon Toran<sup>1</sup>, Jara Gayan Ordás<sup>2</sup>, Marta Campreciós Crespo<sup>3</sup>, Claudia Scardino<sup>4</sup>, Ramón Bascompte Claret<sup>2</sup>, Germán Cediel Calderon<sup>5</sup>, Montserrat Cardona Ollé<sup>6</sup>, Sonia Ruíz Bustillo<sup>7</sup>, Coloma Tirón de Llano<sup>8</sup>, Montserrat Ayats Delgado<sup>9</sup>, Núria Casanovas<sup>1</sup>, Eva Guillaumet<sup>1</sup>, Nuria Mallofré<sup>1</sup> y Antonio Martínez Rubio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, <sup>3</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, <sup>4</sup>Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España, <sup>5</sup>Cardiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España, <sup>6</sup>Cardiología. Complex Hospitalari Moisès Broggi, Barcelona, España, <sup>7</sup>Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España, <sup>8</sup>Cardiología. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España y <sup>9</sup>Cardiología. Hospital General de Granollers, Granollers Barcelona, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En la MH (miocardiopatía hipertrófica) las diferencias en función del sexo no están tan estudiadas como en otras enfermedades cardiovasculares. A nivel nacional no disponemos de datos recientes. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la influencia del sexo en los pacientes con MH.

**Métodos:** A partir del registro MIHCAT (estudio transversal, inclusión prospectiva, descriptivo y multicéntrico) hemos comparado las características clínicas, metodología de estudio y tratamientos aplicados a los pacientes con MH en función del sexo.

**Resultados:** Se han incluido 285 pacientes, 34,4% mujeres. Las mujeres se diagnosticaron en edades más avanzadas ( $57 \pm 14$  vs  $47 \pm 15$  años,  $p = 0,001$ ), en relación síntomas; mientras que los varones son diagnosticados mayoritariamente en fases asintomáticas. En el proceso diagnóstico a los varones se les realizan más cardio-resonancias ( $71,1$  vs  $57,1\%$ ,  $p = 0,025$ ) y más ergometrías ( $39,8$  vs  $63,1\%$ ,  $p = 0,001$ ). Sin diferencias en el resto de las exploraciones. Las mujeres tienen con mayor frecuencia fenotipo obstructivo ( $58,2$  vs  $40,6\%$ ,  $p = 0,007$ ), con tendencia a tener gradientes medios más elevados. En la cardio-resonancia sus volúmenes ventriculares son más pequeños ( $69$  vs  $76$  ml/m<sup>2</sup>,  $p = 0,041$ ) y tienen mayor fracción de eyección ( $70$  vs  $65\%$ ,  $p = 0,002$ ). Clínicamente les supone peor clase funcional por disnea ( $68,4$  vs  $35,3\%$ ,  $p = 0,001$ ), y más insuficiencia cardiaca (IC) ( $32,2$  vs  $16\%$ ,  $p = 0,003$ ). Para tratar las MH obstructivas a las mujeres se les realiza igual proporción de miectomías que a los varones, pero son tratadas en edades más avanzadas ( $62 \pm 17$  vs  $49 \pm 17$  años,  $p = 0,046$ ); existe tendencia a hacerles más ASA (ablación septal con alcohol) ( $4$  vs  $1\%$ ,  $p = 0,087$ ) y más implante de marcapasos ( $10,5$  vs  $0\%$ ,  $p = 0,04$ ). No hemos detectado diferencias en el tratamiento farmacológico. El implante de desfibriladores para prevenir la muerte súbita se realiza en similar proporción en ambos sexos.

Características basales y tratamiento según el sexo

Mujeres      Varones      p

	Número (%)	98 (34,39)	187 (65,61)	0,001
	Edad media (años)	57,07 ± 14,53	47,62 ± 15,30	0,001
	Asintomático	16 (16,3)	75 (40,1)	0,001
Síntomas al diagnóstico (%)	Disnea CF> 2	67 (68,4)	66 (35,3)	0,001
	Angina	24 (24,5)	35 (18,7)	0,323
	Obstructivo (%)	57 (58,2)	76 (40,6)	0,007
	Gradiente a nivel de TSVI (mmHg)	71 ± 43	58 ± 37	0,05
	IM moderada-grave (%)	24 (24,4)	31 (16,7)	0,07
Fenotipo	Grosor máximo (mm)	19,08 ± 4,10	19,34 ± 4,41	0,635
	CRM volumen VI (ml/m <sup>2</sup> )	69,30 ± 15,36	76,14 ± 19,46	0,041
	FEVI por CRM (%)	69,88 ± 9,00	65,41 ± 8,23	0,002
	CRM fibrosis (%)	29 (55,8)	96 (70,6)	0,080
	IC(%)	31 (32,3)	30 (16,0)	0,003
Evolución clínica	FA (%)	12 (12,2)	20 (10,7)	0,845
	TVNS (%)	13 (13,3)	30 (16,0)	0,654
Implante de DAI	DAI (%)	11 (11,2)	27 (14,4)	0,565
Tratamiento invasivo de las MHO	Miectomía (%)	10/57 (17,5)	15/76 (19,7)	0,99

Ablación septal (%)	4/57 (7,01)	1 (3)	0,047
MCP (%)	6/57 (10,5)	0	0,04

CF: clase funcional; CRM: cardi resonancia magnética; VI: ventrículo izquierdo; TSVI: tracto de salida ventrículo izquierdo; IM: insuficiencia mitral; FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca; FA: fibrilación auricular; TVNS: taquicardia ventricular no sostenida; DAI: desfibrilador automático implantable; MHO: miocardiopatía hipertrófica obstructiva. MCP: marcapasos.

**Conclusiones:** En nuestra serie, las mujeres con MH se diagnostican en edades más avanzadas, con más síntomas y tienen más IC. Con mayor frecuencia presentan fenotipo obstructivo con volúmenes ventriculares indexados más pequeños, y función ventricular más vigorosa. Para tratar la obstrucción, se operan en edades más avanzadas, se les implanta más marcapasos y hay tendencia a hacer más ASA.