



4016-4. COMBINACIÓN DE REALCE TARDÍO DE GADOLINIO Y GENOTIPO PARA EVALUAR EL PRONÓSTICO EN LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

Jesús González Mirelis¹, Luis Enrique Escobar López¹, Juan Pablo Ochoa¹, M^a Ángeles Espinosa Castro², Juan Ramón Gimeno Blanes³, Eduardo Villacorta Argüelles⁴, Roberto Barriales Villa⁵, José Manuel García Pinilla⁶, Mayte Basurte Elorz⁷, José Fernando Rodríguez Palomares⁸, Vicente Climent Payá⁹, Juan Jiménez Jáimez¹⁰, María Victoria Mogollón Jiménez¹¹, María Luisa Peña Peña¹² y Pablo García Pavía¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁴Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ⁵Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ⁶Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁷Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña, Navarra. ⁸Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ⁹Hospital General Universitario de Alicante. ¹⁰Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ¹¹Hospital de Cáceres. ¹²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Los hallazgos genéticos y la fibrosis miocárdica detectada por resonancia magnética (RMC) se reconocen como marcadores de riesgo en la miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI); sin embargo, la FEVI $\geq$ 35% sigue siendo la base para la decisión de implantar un desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención primaria. El objetivo del estudio fue conocer la influencia combinada del genotipo y la fibrosis en el pronóstico de pacientes con MCDNI.

Métodos: Registro longitudinal retrospectivo de 601 pacientes consecutivos ($53,3 \pm 14,2$ años, 66% varones) con MCDNI sometidos a RMC y genotipado en 20 centros españoles. Los *endpoints* principales evaluados fueron la insuficiencia cardiaca terminal (ICT) y la arritmia ventricular maligna (AVM).

Resultados: Durante una mediana de seguimiento de 2,3 (IQR 0,9, 4,3) años, 24 (3,99%) y 39 (6,49%) pacientes tuvieron ICT y AVM, respectivamente. Un total de 244 (40,6%) pacientes tenían variantes patogénicas/probablemente patogénicas (genotipo positivo) y 152 (25,3%) pacientes tenían realce tardío de gadolinio (RTG). En el análisis de supervivencia, el genotipo positivo y el RTG se asociaron tanto con AVM (*log-rank* $p = 0,035$ y $p = 0,001$, respectivamente) como con ICT ($p = 0,036$ y $p = 0,001$, respectivamente). Por el contrario, no hubo asociación significativa entre FEVI $\geq$ 35% y AVM ($p = 0,188$) o ICT ($p = 0,069$). La clasificación de los pacientes según el genotipo (genotipo positivo vs genotipo negativo, G+/G-) y la presencia de RTG (RTG presente vs ausente, L+/L-) mostró un aumento progresivo de los eventos en los grupos L-/G-, L-/G+, L+/G- y L+/G+ y optimizó la predicción de AVM y ICT ($p = 0,000$ y $p = 0,001$, respectivamente). El *hazard ratio* de AVM en comparación con L-/G- fue: 11,80 (IC95%: 3,80-36,63, $p = 0,001$) en pacientes L+/G+, 10,20 (IC95%: 3,29-31,64, $p = 0,001$) en pacientes L-/G+ y 35% ($n = 271$) también resultó en una mejor predicción de AVM ($p = 0,001$).

Eventos de la población por grupos según presencia de realce o genotipo patogénico

	Total N = 601	L+/G+ (n = 68)	L+/G- (n = 84)	L-/G+ (n = 175)	L-/G- (n = 274)	p
<i>Endpoint</i> combinado AVM, n (%)	39 (6,5)	12 (17,7)	12 (14,3)	11 (6,3)	4 (1,5)	0,00
<i>Endpoint</i> combinado ICT, n (%)	24 (4,0)	8 (11,8)	6 (7,1)	8 (4,6)	2 (0,7)	0,00

L: relace, G: genotipo, AVM: arritmias ventricular malignas, ICT: insuficiencia cardiaca terminal.



Kaplan-Meier del endpoint combinado de arritmias malignas por grupos según presencia de realce o genotipo patogénico.

Conclusiones: La clasificación de los pacientes según el genotipo y la presencia de RTG permite una mejor predicción de AVM y ICT. La evaluación de la presencia de realce y el genotipado deben incorporarse en los criterios de selección de pacientes para la implantación de un DAI en prevención primaria.