



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

Paola Rojas¹, Laura Guillaumon Toran¹, Jara Gayan Ordás², Marta Campreciós Crespo³, Claudia Scardino⁴, Ramón Bascompte Claret², Germán Cediel Calderon⁵, Montserrat Cardona Ollé⁶, Sonia Ruíz Bustillo⁷, Coloma Tirón de Llano⁸, Montserrat Ayats Delgado⁹, Núria Casanovas¹, Eva Guillaumet¹, Nuria Mallofré¹ y Antonio Martínez Rubio¹

¹Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, ²Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, ⁴Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España, ⁵Cardiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España, ⁶Cardiología. Complex Hospitalari Moisès Broggi, Barcelona, España, ⁷Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ⁸Cardiología. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España y ⁹Cardiología. 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 ± 14 vs 47 ± 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/m², $p = 0,041$) 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 ± 17 vs 49 ± 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 ²)	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: cardiorresonancia magnética; VI: ventrículo izquierdo; TSVI: tracto de salida ventrículo izquierdo; IM: insuficiencia mitral; FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardíaca; 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.