



5026-5. VALOR DEL REALCE TARDÍO DE GADOLINIO EN EL PRONÓSTICO Y EL RIESGO DE MUERTE SÚBITA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

Ibon Rodríguez-Sánchez, José Juan Onaindia Gandarias, M. Sonia Velasco del Castillo, Urko Aguirre Larracoechea, Verónica Gómez Sánchez, Alazne Urkullu Naveda, Alberto Ullate de la Torre, Jesús Florido Pereña, Ana Capelastegui Alber, Elena Astigarraga, Ainhoa Benegas Aróstegui, Ángela Cacicedo Fernández de Bobadilla y Amaia Larunbe Kareaga, del Hospital de Galdakao, Galdakao (Vizcaya).

Resumen

Introducción y objetivos: Existe una necesidad de mejorar la estratificación del riesgo de muerte súbita (MS) en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MDNI). El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre el realce tardío de gadolinio (RTG) en la resonancia magnética cardiaca (RMNc) y el pronóstico y el riesgo de MS en pacientes con MDNI.

Métodos: Un total de 210 pacientes con MDNI y RMNc, de 2005 a 2018, fueron incluidos en nuestra población. Los resultados fueron evaluados retrospectivamente a través de la historia clínica. El patrón de RTG se clasificó como intramiocárdico, subepicárdico o ambos. Los pacientes con realce subendocárdico fueron excluidos del estudio. El objetivo primario fue la MS y la MS abortada. Los objetivos secundarios fueron la mortalidad global y una variable combinada de mortalidad cardiovascular y de hospitalización por insuficiencia cardiaca (IC).

Resultados: De 210 pacientes con una mediana de seguimiento de 5,6 años (3,24-8,15), 72 pacientes (34,3%) presentaron RTG no isquémico (RTG+) en la cRMN. El objetivo primario de MS o MS abortada ocurrió en 11 pacientes (5,2%): 6 pacientes con RTG+ (9,5%) frente a 5 pacientes con RTG- (4,07%) ($p = 0,19$). Los pacientes con RTG+ presentaron más frecuentemente la variable combinada de mortalidad cardiovascular y hospitalización por IC: OR = 2,45, (IC95%: 1,16-5,17, $p = 0,02$). La presencia de RTG no se asoció con mayor mortalidad global. En un subanálisis, la presencia de RTG con patrón subepicárdico se asoció con mayor riesgo de MS y MS abortada: 3/11 pacientes con patrón subepicárdico de RTG+ (27, 1%) sufrieron MS o MS abortada ($p = 0,02$).

Características de los pacientes

	Población total	RTG-	RTG+	p
Edad (media, años)	58,9	59,1	58,3	0,79

Varones, n (%)	150 (71,4)	92 (66)	58 (80,6)	0,04
Fibrilación auricular/ <i>Flutter</i> , n (%)	65 (31,2)	40 (29,2)	25 (35,2)	0,43
Hipertensión, n (%)	104 (50,2)	65 (47,8)	39 (54,9)	0,38
Diabetes mellitus, n (%)	34 (16,5)	19 (14,1)	15 (21,1)	0,23
Fumador activo, n (%)	50 (25)	32 (24,6)	18 (25,7)	0,98
Abuso de alcohol, n (%)	42 (20,7)	24 (18)	18 (25)	0,35
Historia familiar de miocardiopatía dilatada n (%)	11 (75,34)	6 (4,44)	5 (7,0)	0,51
Creatinina mg/dl	1,03	1,03	1,01	0,10
BRIHH, n (%)	69 (33,3)	49 (35,7)	20 (28,6)	0,35
Bloqueadores beta	160 (76,7)	102 (74,4)	58 (81,7)	0,29
IECA	167 (80,3)	107 (78)	60 (84,5)	0,35
ARM	82 (39)	44 (32,1)	38 (0,5)	0,04
Diuréticos de asa	109 (52,4)	64 (46,7)	45 (63,4)	0,03
VTDVli ml/m ²	122,2 (36,4)	119,4 (38,8)	127,4 (31,1)	0,03
VTSVli ml/m ²	83 (34,9)	80,3 (36,0)	88,1 (32,3)	0,03
FEVI, %	34,09 (10,9)	34,9 (10,8)	32,6 (11,1)	0,14
Ingreso previo por insuficiencia cardíaca	69 (33)	46 (22)	23 (11)	0,22

BRIHH: bloqueo de rama izquierda; VTDVli: volumen telediastólico de VI indexado; VTSVli: volumen telesistólico de VI indexado; ARM: antagonistas del receptor mineralocorticoide, RTG: realce tardío de gadolinio.

Conclusiones: En nuestra cohorte de 210 pacientes con MDNI, después de un amplio seguimiento, la presencia de RTG no se asoció significativamente con la MS y MS abortada, probablemente debido a la baja tasa de eventos en una población relativamente pequeña. Sin embargo, la presencia de RTG se asoció con más eventos en el objetivo combinado de mortalidad cardiovascular y de hospitalización por IC. El patrón subepicárdico de RTG identificó a pacientes con alto riesgo de presentar MS y MS abortada.