



5008-5. PREDICTORES DE RIESGO ARRÍTMICO EN MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA ENTRE SEXOS

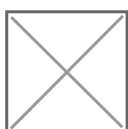
Francisco José Bermúdez Jiménez, Erika López Moreno, Diego Segura-Rodríguez, Silvia López-Fernández, Miguel Álvarez-López, Luis Tercedor-Sánchez, Juan Jiménez-Jáimez y Concepción Correa-Vílchez del Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: La muerte súbita (MS) y la arritmia ventricular pueden ser el primer síntoma de una miocardiopatía arritmogénica (MCA). En la MCA, la estratificación del riesgo arrítmico en prevención primaria es un reto. Algunos autores han señalado mayor gravedad en varones que en mujeres, implicando más riesgo arrítmico.

Métodos: El objetivo del estudio es identificar diferencias en el perfil arrítmico entre sexos realizando un análisis clínico, incluido el genotipo, de una serie de pacientes con MCA.

Resultados: Se estudiaron a 59 pacientes (46% mujer; 54% varón), pertenecientes a 21 familias, que reunían criterios diagnósticos de la *Task Force*. La edad media fue de 47 años y el 29% (17) eran casos índice. En el 78% de ellos se identificó una mutación patogénica o posiblemente patogénica (DSP 6,8%, DSG-2 15,3%, PKP-2 5,1%, PKP2+DSC 1,7%, DES 37,3%, FLNC 13,6%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre sexos en cuanto al fenotipo expresado (tabla): el 83,3% de ellos mostraba un ECG patológico, siendo la alteración más frecuente la inversión de la onda T en derivaciones precordiales (71,7%). Estructuralmente, el 76,5% tenía afección de ventrículo izquierdo en resonancia magnética y el 71,4% mostró retención patológica de gadolinio. El diámetro telediastólico fue ligeramente mayor en varones y hubo una tendencia ($p = 0,06$) hacia una mayor afección del ventrículo derecho en varones. El 84,8% presentó alteraciones regionales de la contractilidad y el 63% tenía FE 50%. Respecto a eventos arrítmicos, el análisis por estratos no mostró diferencias estadísticamente significativas (tabla). Sin embargo, sí las hubo en el objetivo combinado (historia de FV/MS, síncope, taquicardia ventricular sostenida, implante de DAI y terapias apropiadas del DAI) entre varón y mujer ($p = 0,032$), existiendo una correlación positiva, aunque débil ($p = 0,33$), entre el sexo masculino y los eventos arrítmicos. Todos los casos de MS acontecieron en pacientes de sexo masculino. Hubo eventos desde la adolescencia, no habiendo diferencias entre sexos hasta los 40 años (figura). También hubo diferencias significativas en mortalidad total por cualquier causa ($p = 0,003$).



Análisis de supervivencia según método de Kaplan-Meier.

Características fenotípicas y eventos según sexo

Característica	Varón	Mujer	p
Sexo (%)	54	46	
Edad (media $\pm$ DE)	49 $\pm$ 18	47 $\pm$ 19	0,59
Mutación patogénica (%)	78	81	0,78
ECG patológico (%)	50	50	0,26
T invertida en precordiales (%)	45,5	54,5	0,14
Onda épsilon (%)	50	50	1
Afección de VD (%)	59,5	40,5	0,06
Afección de VI (%)	46,9	53,1	0,27
Diámetro telediastólico de VI (media $\pm$ DE)	54,3 $\pm$ 6,5	47,2 $\pm$ 4,6	0,77
Fracción de eyección de VI (media $\pm$ DE)	49,5 $\pm$ 11,7	44,7 $\pm$ 13,5	0,369
Presencia de RPG (%)	48	52	0,78
Historia familiar de MS (%)	56,8	43,2	0,98
Fibrilación ventricular (%)	14	0	0,07
Síncope (%)	21	18	0,82
TV sostenidas (%)	46	27	0,17

Implante DAI (%)	51	41	0,19
Terapia DAI (%)	5,3	5,9	0,21
Muerte (%)	34,5	0	0,003
Evento arrítmico (%)	62,1	31,8	0,032

ECG: electrocardiograma; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo; DE: desviación estándar; RPG: retención patológica de gadolinio; MS: muerte súbita; TV: taquicardia ventricular; DAI: desfibrilador automático implantable.

Conclusiones: En sujetos con MCA el sexo masculino experimenta más mortalidad y eventos arrítmicos, a pesar de una expresión fenotípica semejante entre sexos. Esto apoyaría una estrategia de prevención primaria más agresiva en este grupo de pacientes.