Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 122

Revista Española de Cardiología

4037-7. HISTORIA NATURAL DE LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA ENÓLICA

Gonzalo Guzzo Merello, Pablo García-Pavía, Marta Cobo, Patricia Avellana, María Dolores García-Cosio, Manuel Gómez-Bueno, Javier Segovia y Luis Alonso-Pulpón del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La historia natural de la miocardiopatía dilatada enólica (MCDE) y su pronóstico respecto de la MCD idiopática (MCDI) no son bien conocidos en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de MCDE (MCDI con consumo medio de alcohol > 80 g/día durante > 5 años) atendidos durante el periodo 1993-2011 en una unidad de IC. Se analizaron las principales variables clínicas y el evento combinado muerte-trasplante (TxC).Se comparó con una cohorte de pacientes con MCDI estudiados en el mismo periodo (2 sujetos con MCDI evaluados consecutivamente tras cada MCDE).

Resultados: Se identificaron 94 pacientes con MCDE (93 varones, 49,6 ± 9,8 años, FEVI 26 ± 9%, 66% NYHA III-IV) con consumo medio de alcohol de 136 ± 64 g/día durante 24 ± 13 años. El seguimiento medio fue de 5,8 ± 4,5 años. El 63% cesó el consumo de alcohol de forma mantenida. La cohorte control de MCDI se compuso de 188 pacientes (139 varones, edad media 49,9 ± 14,2 años, FEVI 27 ± 8%, 51% en NYHA III-IV). El grupo con MCDE contaba con más varones (99 vs 74%), fumadores (50 vs 16%), mayor IMC (28 ± 4,8 vs 26,2 ± 4,6) y padecían con más frecuencia EPOC (31 vs 13%) y hepatopatía (20 vs 2%) (todos p 0,05). No existían diferencias en la edad, prevalencia de HTA, DM o FA ni en la FEVI (todos p > 0,05). Tampoco se apreciaron diferencias significativas en los parámetros hemodinámicos (PSAP, PDAP, GC e IC) ni en los derivados de test de 6 minutos o consumo de oxígeno. La utilización de B-bloqueantes, IECA/ARAII, espironolactona y diuréticos fue similar en ambos grupos (p > 0,05). No hubo diferencias en el número de DAI (31 vs 34%, p = 0,6) o CRT implantados (18 vs 12% p = 0,14). Se registró una mortalidad mayor no significativa en el grupo MCDE (16 vs 11%; p = 0,09) y una mayor frecuencia de TxC en la MCDI (34 vs 15%, p = 0,001). El evento muerte o TxC fue menor entre los pacientes con MCDE que en los MCDI (31 vs 45%, p = 0,02). La probabilidad libre de muerte o TxC a 1, 3, 5 y 10 años fue mayor en la MCDE que en la MCDI (97 ± 1,8 vs 93 ± 1,9%; 94 ± 2,4 vs 83 ± 2,9%, 89 ± 3,4 vs 75 ± 3,4% y 76 ± 5,1 vs 53 ± 4,7%; p = 0,003). La abstinencia alcohólica no predijo disminución de eventos en el grupo MCDE (p = 0,2).

Conclusiones: A pesar de una mayor prevalencia de tabaquismo, hepatopatía y EPOC y de presentar peor grado funcional inicial, en nuestra serie, la MCDE presenta globalmente mejor pronóstico que la MCD.