



## 4037-7. HISTORIA NATURAL DE LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA ENÓLICA

Gonzalo Guzzo Merello, Pablo García-Pavía, Marta Cobo, Patricia Avellana, María Dolores García-Cosío, 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,  $49,6 \pm 9,8$  años, FEVI  $26 \pm 9\%$ , 66% NYHA III-IV) con consumo medio de alcohol de  $136 \pm 64$  g/día durante  $24 \pm 13$  años. El seguimiento medio fue de  $5,8 \pm 4,5$  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  $49,9 \pm 14,2$  años, FEVI  $27 \pm 8\%$ , 51% en NYHA III-IV). El grupo con MCDE contaba con más varones (99 vs 74%), fumadores (50 vs 16%), mayor IMC ( $28 \pm 4,8$  vs  $26,2 \pm 4,6$ ) 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/ARAI, 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 ( $97 \pm 1,8$  vs  $93 \pm 1,9\%$ ;  $94 \pm 2,4$  vs  $83 \pm 2,9\%$ ,  $89 \pm 3,4$  vs  $75 \pm 3,4\%$  y  $76 \pm 5,1$  vs  $53 \pm 4,7\%$ ;  $p = 0,003$ ). 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.