



## 5020-8. LA UTILIDAD DEL FACTOR DE DIFERENCIACIÓN DEL CRECIMIENTO-15 PARA PREDECIR LA MIOCARDIOPATÍA DIABÉTICA EN SUJETOS ASINTOMÁTICOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Corabel Méndez Vargas<sup>1</sup>, Alberto Domínguez Rodríguez<sup>1</sup>, Marta Martín Cabezas<sup>1</sup>, Julia González<sup>1</sup>, Pablo Avanzas<sup>2</sup>, Pedro Abreu González<sup>3</sup> y Ignacio Laynez Cerdeña<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife), <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y <sup>3</sup>Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La miocardiopatía diabética (MDBT) es una entidad que cursa fundamentalmente de forma asintomática en sus estadios iniciales. El factor de diferenciación del crecimiento-15 (GDF-15) es una citoquina secretada por los macrófagos y miocardiocitos en respuesta al estrés oxidativo y la inflamación. Esta citoquina se ha demostrado que se incrementa en los sujetos con diabetes mellitus (DM). El objetivo del presente estudio es demostrar la utilidad del GDF-15 en el diagnóstico de MDBT como herramienta de cribado en población de DM tipo 2 asintomática.

**Métodos:** Estudio prospectivo de 213 sujetos asintomáticos con DM tipo 2. La MDBT se definió según la ESC y la Asociación Europea de Diabetes como la disfunción diastólica del ventrículo izquierdo (DDVI) en ausencia de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica coronaria u otra cardiopatía estructural. A los 213 sujetos se les realizó un ECG de 12 derivaciones, prueba de esfuerzo y un estudio ecocardiográfico. Se extrajo la sangre en el momento de realizar la prueba de esfuerzo o el estudio ecocardiográfico, con una diferencia en la realización entre ambas pruebas de una semana. Se definió la MDBT como la DDVI demostrada por Doppler tisular con una relación  $E/E' > 15$ .

**Resultados:** En nuestra población la prevalencia de MDBT fue del 21,13% (45 pacientes). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características basales (edad, género, duración de la diabetes mellitus, dislipidemia y tabaquismo) entre ambos grupos (tabla). Las concentraciones de GDF-15 fueron mayores en los pacientes con MDBT en comparación con aquellos sin MDBT (5.273 [4.216,4-6.955] frente a 2812,66 [2.122-4.147,3] pg / ml, respectivamente, p 0,001). El modelo multivariable de regresión logística demostró que las concentraciones séricas de GDF-15 se asociaron de forma independiente con la aparición de MDBT (OR: 9,9; IC95%, 3,9-24,5, p 0,001). El poder diagnóstico del GDF-15 para la presencia de MDBT se analizó mediante una curva ROC, obteniendo un ABC = 0,83 (p 0,0001), con un punto de corte óptimo de 3812 pg/ml (sensibilidad = 82,2%, especificidad = 70,3%) (fig.).



*Curva ROC del GDF-15 para predecir MDBT.*

VARIABLES	Pacientes con MDBT (n = 45)	Pacientes sin MDBT (n = 168)	Valor p
Edad, años	61,5 ± 6	61,6 ± 6,4	0,91
Sexo masculino, n (%)	29 (64,4)	111 (66,1)	0,86
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	28,9 ± 3,2	28,3 ± 3,7	0,28
Duración de DM, meses	51,6 ± 23,6	50,3 ± 24,7	0,74
Dislipidemia, n (%)	23 (51,1)	80 (47,6)	0,74
Tabaquismo, n (%)	19 (42,2)	59 (35,1)	0,39
Relación E/E&#39	17,15 ± 1,08	10,4 ± 2,16	0,001
BNP (pg/ml)	465 [432,35-495,45]	449,4 [418,5-492,4]	0,10

**Conclusiones:** Nuestro estudio demuestra la utilidad del GDF-15 para el diagnóstico de MDBT como herramienta de cribado en sujetos con DM tipo 2 asintomáticos.