



4005-3. INFLUENCIA DEL SEXO EN LA FORMA DE PRESENTACIÓN Y EL PRONÓSTICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Helena Llamas Gómez, Irene Esteve Ruiz, Sebastián Rufián Andújar, María José Romero Reyes, Cristina Navarro Valverde, Ricardo Pavón Jiménez, Dolores García Medina y Francisco Javier Molano Casimiro, del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) presenta una herencia autosómica dominante, por lo que afecta por igual a varones y a mujeres. Varios estudios en los últimos años hablan a favor de que las mujeres con esta enfermedad presentan peor pronóstico, si bien aún existe poca evidencia. Nuestro objetivo es analizar las características basales de una cohorte de pacientes con MCH y sus diferencias en función del sexo.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyó a los pacientes con diagnóstico de MCH de nuestra área hospitalaria. Se clasificaron en 2 grupos según el sexo y se estudiaron sus principales características basales, así como la mortalidad y el evento cardiovascular combinado MACE (mortalidad global, ingresos por IC, muerte súbita, descarga apropiada de DAI).

Resultados: Se incluyó a 168 pacientes diagnosticados de MCH, 91 (54,2%) varones. Las características basales de ambos grupos se exponen en la tabla. Las mujeres eran significativamente mayores ($63,4 \pm 19,9$ frente a $56,3 \pm 18,5$), presentaban peor clase funcional: *New York Heart Association* (NYHA) ? 2 (OR 4,5 [IC95% 1,79-11,29], $p = 0,001$) y con mayor frecuencia insuficiencia mitral (IM) al menos moderada, lo que no se tradujo en más ingresos por insuficiencia cardíaca. Los varones presentaban más riesgo de muerte súbita a 5 años (escala HCM risk-SCD), mayor número de DAI implantados (17,8 frente a 6,5%), mayor porcentaje de *milking* (14,3 frente a 3,9%) y en un mayor número de casos se realizó resonancia magnética cardíaca para el diagnóstico (35,2 frente a 16,9%), sin encontrar diferencias en el hallazgo de fibrosis miocárdica. No se detectaron diferencias en la presencia de obstrucción al tracto de salida del VI, la localización de la hipertrofia, la función sistólica, ni el tratamiento recibido, ni tampoco en cuanto a mortalidad global, de causa cardíaca o MACE.

	Mujeres (n = 77)	Varones (n = 91)	p
Edad	63,4 ± 19,9	56,3 ± 18,5	0,02
Tabaquismo	12 (15,6)	18 (19,8)	0,47

Hipertensión arterial	35 (45,5)	49 (53,8)	0,27
Diabetes mellitus	10 (13)	18 (19,8)	0,24
Hiperlipemia	32 (41,6)	39 (42,9)	0,86
ERC (FG 60 ml/min)	10 (13)	8 (8,8)	0,38
NYHA ? 2	28 (36,4)	18 (19,8)	0,02
Fibrilación auricular	25 (32,5)	22 (24,2)	0,23
Aurícula izquierda dilatada	48 (75)	60 (71,4)	0,62
Espesor máximo VI	19,77 ± 5,4	20 ± 5,4	0,76
Obstrucción TSVI	16 (20,8)	20 (22)	0,85
Cardiopatía isquémica	6 (7,8)	15 (16,5)	0,09
<i>Milking</i>	3 (3,9)	13 (14,3)	0,02
Disfunción sistólica	1 (1,3)	4 (4,4)	0,24
Insuficiencia mitral moderada-grave	21 (27,3)	7 (7,7)	0,001
SAM	24 (31,2)	18 (19,8)	0,09
Resonancia magnética	13 (16,9)	32 (35,2)	0,008
Fibrosis miocárdica	7 (53,8)	19 (59,4)	0,73
DAI	5 (6,5)	16 (17,8)	0,03

SAM: movimiento sistólico anterior de la válvula mitral. Los resultados se expresan como número de pacientes y el porcentaje entre paréntesis o como media ± desviación estándar (DE).

Conclusiones: En nuestro grupo, las mujeres con MCH presentan peor clase funcional y mayor porcentaje de IM moderada-grave, lo que sin embargo no se traduce en más ingresos, eventos o mortalidad. Los varones en cambio presentan más riesgo de muerte súbita y, por tanto, más implantes de DAI. Estas diferencias podrían hablar a favor de la utilidad de realizar diferentes estrategias diagnósticas y terapéuticas en función de si se trata de varones o mujeres con la finalidad de mejorar la situación clínica y el pronóstico de estos pacientes.