



6035-17. INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA: FOCO EN LA DISFUNCIÓN DIASTÓLICA

Pablo Zulet Fraile, Marcos Ferrández Escarabajal, Fabián Islas Ramírez, Alejandro Travieso González, Javier Higuera Nafria, Ricardo Yannick Ortiz Lozada, José Alberto de Agustín Loeches, Isidre Vila Costa y Carmen Olmos Blanco

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía diabética se define como la disfunción miocárdica en pacientes diabéticos (PD), especialmente diastólica, en ausencia de enfermedad coronaria, valvular o de otra índole. La hipertrofia ventricular izquierda concéntrica y la fibrosis miocárdica son las principales alteraciones estructurales que dan lugar a la disfunción diastólica. El impacto de la diabetes mellitus (DM) en las características de imagen y el curso clínico de los pacientes con miocardiopatía dilatada (MCD) no se conoce por completo. El objetivo del estudio ha sido describir las características de imagen avanzada y el pronóstico de pacientes con MCD y DM, en comparación con pacientes no diabéticos.

Métodos: Desde 2014 a 2021, se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes (n = 227) con MCD diagnosticados en un centro terciario. Se realizó un ecocardiograma transtorácico en todos los casos y una resonancia magnética cardíaca (RMC) de 1,5 Teslas en 165 pacientes. Se analizó la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), disincronía mecánica y función diastólica de acuerdo a las guías vigentes. La presencia de realce tardío de gadolinio (RTG) se analizó de forma visual. Las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (IC), eventos arrítmicos y la mortalidad se evaluaron durante el seguimiento.

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 37,6 meses. Las características basales y de imagen se muestran en la tabla. No hubo diferencias significativas en la FEVI entre ambos grupos. Los parámetros de función diastólica y disincronía mecánica fueron peores en PD. El patrón de RTG de alto riesgo (definido como la presencia de RTG epicárdico, transmural o la combinación de septo y pared libre) fue más frecuentemente observado en PD. Finalmente, los PD tuvieron una mayor incidencia de hospitalización por IC (45,61 vs 22%, p 0,001) y mortalidad por todas las causas (24,6 vs 11,8%, p 0,05). Se observó igualmente una tendencia no significativa a una mayor mortalidad cardiovascular (12,3 vs 6,5%, p = 0,164) y eventos arrítmicos (taquicardia ventricular o muertes súbita, 15,8 vs 11,2%, p = 0,368) en PD.

Características clínicas y de imagen en pacientes con miocardiopatía dilatada con y sin diabetes mellitus

Características basales	Diabetes mellitus (N = 57)	No diabetes mellitus (N = 170)	p
-------------------------	----------------------------	--------------------------------	---

Edad-años	64,8 ± 1,5	60,6 ± 1,2	0,0296*
Sexo femenino-nº. (%)	12 (21,1)	65 (38,2)	0,018*
Bloqueo de rama izquierda-nº. (%)	28 (52,8)	58 (36,3)	0,033*
NYHA III-IV-nº. (%)	7 (15,9)	8 (7,1)	0,015*
Hipertensión-nº. (%)	40 (70,2)	71 (41,7)	0,001*
Dislipemia-nº. (%)	40 (70,2)	50 (29,4)	0,001*
Fibrilación auricular-nº. (%)	25 (44,6)	56 (32,9)	0,113
Enfermedad renal crónica-nº. (%)	13 (23,2)	11 (6,5)	0,001*
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica-nº. (%)	8 (14)	8 (4,7)	0,017*
Ictus-nº. (%)	11 (19,3)	9 (5,3)	0,001*
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo-%	29,4 ± 1,8	29,9 ± 1	0,807
Fracción de eyección del ventrículo derecho-%	50,8 ± 2,4	48,9 ± 1,4	0,503
Masa indexada de ventrículo izquierdo	119,3 ± 8	109,7 ± 5,5	0,364
<i>Strain</i> longitudinal global-%	-9,8 ± 0,6	-9,5 ± 0,4	0,613
Apical rocking-nº. (%)	14 (38,9)	27 (24,6)	0,096
Septal flash-nº. (%)	20 (55,6)	31 (28,2)	0,003*
Ratio E/e'	16,5 ± 1,1	13,8 ± 0,5	0,015*
Realce tardío de gadolinio-nº. (%)	28 (65,1)	68 (52,3)	0,143

Patrón de realce tardío de alto riesgo-nº. (%)	15 (34,9)	25 (19,5)	0,04*
--	-----------	-----------	-------

Los valores más-menos representan medias +- desviación estándar. * Indica diferencias significativas (p 0,05) entre grupos.



Comparación de eventos clínicos entre pacientes con y sin diabetes mellitus (DM).

Conclusiones: La DM confiere un perfil de alto riesgo a los pacientes con MCD, explicado por causas extracardiacas (más comorbilidades) y cardiacas (mayor grado de disfunción diastólica y RTG de alto riesgo).