



## 5009-6. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON ISQUEMIA MIOCÁRDICA SIN LESIONES CORONARIAS OBSTRUCTIVAS EN ESPAÑA

Virginia Martín Manzano<sup>1</sup>, Lilian Grigorian<sup>1</sup>, Juan Francisco Oteo Domínguez<sup>2</sup>, Alejandro Gutiérrez Barrios<sup>3</sup>, Omar Abdul-Jawad Altisent<sup>4</sup>, Ignacio J. Amat Santos<sup>5</sup>, Agustín Fernández Císnal<sup>6</sup>, Juan Gabriel Córdoba Soriano<sup>7</sup>, Jéssica Roa Garrido<sup>8</sup>, Carlos Arellano Serrano<sup>2</sup>, Diego Mialdea Salmerón<sup>3</sup>, Ricardo Sanz Ruíz<sup>1</sup>, María Tamargo Delpón<sup>1</sup>, Francisco Fernández-Avilés<sup>1</sup> y Enrique Gutiérrez Ibañes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Cardiología, Madrid, <sup>2</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, <sup>3</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, <sup>4</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), <sup>5</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, <sup>6</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia, <sup>7</sup>Complejo Hospitalario Universitario, Albacete y <sup>8</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La disfunción endotelial es una causa importante de isquemia miocárdica sin lesiones coronarias (INOCA), siendo frecuente en mujeres. El objetivo de este estudio es evaluar las diferencias en esta entidad entre géneros.

**Métodos:** ENDOCOR, Registro multicéntrico nacional de la función endotelial, observacional y prospectivo. Se incluyeron pacientes sometidos a cateterismo cardiaco con test de acetilcolina por indicación clínica y sin lesiones coronarias. Se recogieron características basales, del procedimiento, del tratamiento y de eventos al año y dos años (muerte, infarto con y sin elevación ST, angina inestable y revascularización).

**Resultados:** Entre 2016 y 2020 se incluyeron 438 pacientes, de los cuales 59,6% eran mujeres (tabla). La hipertensión arterial y la dislipemia fueron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más frecuentes en mujeres y varones (55,8 y 54,2% mujeres y 53,1 y 56,2% varones), destacando una mayor tasa de tabaquismo en varones (9,6 vs 16,6% p 0,001). En global, las mujeres tenían significativamente menos FRCV (p,001). La presentación más típica en ambos sexos fue dolor de reposo y esfuerzo (51,2 y 63,2 vs 54,6 y 54,1%), sin alteraciones de la repolarización (62,1 vs 63,3%) ni de la contracción segmentaria (82,4 vs 78%). Las mujeres presentaron más frecuentemente disnea de esfuerzo (NYHA II 28,2 vs 16,2%, p 0,025) y los varones más elevación del ST al diagnóstico (1,9 vs 7,3% p 0,01). La prueba de estrés fue positiva clínica y eléctrica en el 59,1% y 49,3% de mujeres y en el 44,4 y 40,3% de varones. A pesar de la menor tasa de FRCV, no hubo diferencias en la prevalencia de disfunción endotelial, con una prueba de acetilcolina positivo en el 46% de las mujeres y el 44,1% de los varones, con una afectación predominante de la descendente anterior, sobre todo de forma difusa y con vasoconstricción grave. Los eventos al año y a los dos años fueron menores en las mujeres, aunque no de forma significativa (2,1 vs 6,1%, p 0,07 y 4,5 vs 9,7%, p 0,14). En el análisis multivariado, el sexo femenino fue un factor protector de síndrome coronario agudo al año (OR 0,15 IC95% 0,02-0,63).

Diferencias entre mujeres y varones en las características, procedimiento y seguimiento

| Variables                        | Mujeres     | Varones     | p     |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------|
| N                                | 261 (59,6%) | 177 (40,4%) |       |
| Hipertensión arterial (%)        | 145 (55,8)  | 94 (53,1)   | 0,652 |
| Dislipemia (%)                   | 141 (54,2)  | 99 (56,2)   | 0,751 |
| Diabetes (%)                     | 40 (15,4)   | 32 (18,2)   | 0,745 |
| Enfermedad coronaria previa (%)  |             |             |       |
| Angina estable (%)               | 39 (14,9)   | 14 (7,9)    | 0,039 |
| Angina inestable (%)             | 17 (6,5)    | 7 (4,0)     | 0,347 |
| Infarto de miocardio (%)         | 14 (5,4)    | 18 (10,2)   | 0,087 |
| Revascularización percutánea (%) | 19 (7,3)    | 31 (17,5)   | 0,002 |
| Angina de reposo (%)             | 129 (51,2)  | 95 (54,6)   | 0,553 |
| Angina de esfuerzo (%)           | 165 (66)    | 91 (54,1)   | 0,147 |
| Ateromatosis leve (%)            | 115 (44,7)  | 95 (54,3)   | 0,064 |
| Vasoconstricción focal (%)       | 48 (18,4)   | 42 (23,7)   | 0,216 |
| Vasoconstricción de difusa (%)   | 93 (35,6)   | 65 (36,7)   | 0,895 |
| Vasoconstricción > 10% (%)       | 120 (46,0)  | 78 (44,1)   | 0,767 |
| Vasoconstricción > 30% (%)       | 98 (37,5)   | 69 (39,0)   | 0,839 |
| Vasoconstricción > 70% (%)       | 61 (23,4)   | 40 (22,6)   | 0,942 |

|                                                                                |         |         |       |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|-------|
| Muerte el primer año (%)                                                       | 2 (0,8) | 3 (1,8) | 0,665 |
| Síndrome coronario agudo (infarto sin elevación o angina inestable) al año (%) | 3 (1,2) | 8 (4,9) | 0,058 |

**Conclusiones:** Las mujeres con INOCA tienen una alta prevalencia de disfunción endotelial, siendo similar a la de los varones a pesar de tener menos FRCV. El sexo femenino predice menos eventos coronarios agudos en la evolución.