



5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASOCIADAS CON PATRÓN DE REALCE TARDÍO DE ALTO RIESGO EN LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA: RELEVANCIA PRONOSTICA DE LA DIABETES MELLITUS

Pablo Zulet Fraile, Fabián Islas Ramírez, Marcos Ferrández Escarabajal, Ana Bustos García de Castro, Beatriz Cabeza, Sandra Gil Abizanda, María Vidal, Irene Martín Lores, Paula Hernández Mateo, José Alberto de Agustín Loeches y Carmen Olmos Blanco

Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El realce tardío de alto riesgo (RT-AR), definido como RT epicárdico, transmural o septal más pared libre, se considera un predictor de arritmias ventriculares (AV) en la miocardiopatía dilatada no isquémica (MCD). Nuestro objetivo fue describir las características clínicas y de imagen asociadas al RT-AR, en una cohorte de pacientes con MCD.

Métodos: De 2014 a 2022, todos los pacientes con nuevo diagnóstico de MCD de nuestro hospital terciario se recogieron prospectivamente. Durante el seguimiento (mediana de 36 meses) se registró la incidencia de hospitalizaciones por IC, AV y mortalidad.

Resultados: La media de edad de los pacientes ($n = 192$) fue 61,1 (14) años, y el 66,6% eran varones. La media FEVI fue 30,9%, el 55,2% de los pacientes presentaban RT, y el 21,6%, un patrón de RT-AR. Las características asociadas con un patrón RT-AR incluyeron: edad más joven (57,4 [15] vs 62,3 [14]; $p = 0,049$), DM (39 vs 23,5%; $p = 0,047$), historia de muerte súbita (7,5 vs 0%; $p = 0,001$) y de AV (22,5 vs 2%; $p = 0,001$). En cuanto a las características ecocardiográficas, la presencia de *apical rocking* (17,9 vs 37,8%, $p = 0,049$) fue menos frecuente. No hubo diferencias en FEVI, volúmenes ventriculares, *strain* longitudinal global entre pacientes con y sin RT-AR. Los pacientes con RT-AR presentaron remodelado inverso con menor frecuencia (36,7 vs 57,8%; $p = 0,040$). Las AV (26,8 vs 5,8%; $p = 0,001$) y la mortalidad (26,8 vs 13,7%; $p = 0,047$) ocurrieron con mayor frecuencia en pacientes con RT-AR. No hubo diferencia en los ingresos por IC (34,2 vs 24,6%; $p = 0,228$). Las variables asociadas de forma independiente con RT-AR en un análisis de regresión logística multivariable fueron la edad (OR 0,97 [0,95-0,99]) y la DM (OR 2,46 [1,11-5,42]). Los pacientes con DM y sin RT-AR (OR 2,21) y aquellos con RT-AR y sin DM (OR 2,5) tuvieron un riesgo dos veces mayor de muerte durante el seguimiento, mientras que aquellos con DM y RT-AR tuvieron la mortalidad más elevada (OR 3,6) ($p = 0,039$) (figura).



Conclusiones: El RT-AR se identifica en 1 de cada 5 pacientes con MCD. Los pacientes con RT-AR son significativamente más jóvenes y tienen DM con mayor frecuencia. Un patrón RT-AR confiere un perfil clínico de alto riesgo, ya que se asocia con menor remodelado inverso y mayor incidencia de eventos AV y muerte durante el seguimiento. Aquellos pacientes diabéticos que presentan RT-AR tienen el riesgo más

elevado de eventos en el seguimiento.