



Revista Española de Cardiología



6008-128. ANTIANDRÓGENOS E HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

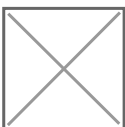
Laura Núñez Martínez, Andrea Romero Valero, Paula Guedes Ramallo, Vicente Pernias Escrig, Gregorio de Lara Delgado, Nuria Vicente-Ibarra, Miguel Ahumada Vidal y Pedro Morillas Blasco del Hospital General Universitario de Elche, Elche (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: La patología cardiovascular es más frecuente en el varón que en la mujer, pero tras la menopausia tiende a igualarse. Existe una protección biológica en relación con los estrógenos circulantes, y en mujeres posmenopáusicas al descenso de estrógenos se le une un aumento de testosterona ovárica, con resultado prohipertrofico sobre el miocardio. Recientes trabajos sugieren que los andrógenos favorecen el proceso de remodelado y fibrosis miocárdico. Cabe esperar que bajos niveles hormonales se relacionen con menor hipertrofia. Nos planteamos si los fármacos antiandrogénicos resultan eficaces para disminuir la hipertrofia cardiaca.

Métodos: Se incluyeron varones ≥ 45 años con HTA esencial. Se recogieron sus antecedentes y tratamiento. Se les realizó una ecocardiografía para valorar hipertrofia ventricular (HV) mediante la medición del grosor en milímetros del septo interventricular (SIV) y pared posterior (PP) de ventrículo izquierdo en eco2D plano paraesternal largo, siempre en el mismo equipo y un único explorador ciego para el grupo de pertenencia (con/sin tratamiento). Se excluyeron pacientes con patología que pudiera generar hipertrofia: miocardiopatía hipertrófica, enfermedad infiltrativa y estenosis aórtica grave. Mediante análisis de regresión lineal se valoró la asociación de tratamiento antiandrogénico e hipertrofia ventricular.

Resultados: Del total de 40 pacientes la edad media fue 74 ± 8 años. Excepto el tabaquismo, el resto de características eran similares. La ecocardiografía mostró menor hipertrofia en grupo de tratamiento a nivel de SIV ($10,99 \pm 1,71$ frente a $12,18 \pm 1,72$, $p < 0,05$) y de PP ($10,07 \text{ mm} \pm 1,62$ frente a $11,3 \text{ mm} \pm 1,76$, $p < 0,05$). Tras ajustar por tiempo de evolución de HTA y tratamiento hipotensor se observó que el SIV de pacientes con antiandrógenos es de forma significativa casi 2 mm menor que en pacientes sin tratamiento. También se observó una reducción de PP aunque no resultó significativa. Así mismo se evidenció una correlación significativa de -0,41 entre el SIV y la toma de antiandrogénicos eliminando la influencia del tiempo de evolución de HTA y los diferentes fármacos hipotensores, siendo el 17% de la variabilidad del grosor del SIV explicada por los antiandrogénicos cuando el resto de variables permanecen constantes.



1. a) Gráficas de predicción. b) Grosor SIV y PP en cada grupo de estudio.

Características basales de la población

Variablen	Grupo de tratamiento	Grupo sin tratamiento	Total	p
Pacientes (n (%))	20 (50%)	20 (50%)	40	-
Edad (años)	73 ± 10	75 ± 7	74 ± 8	NS
Tiempo evolución de HTA (años)	6,85 ± 0,44	4,05 ± 0,49	5 ± 2,4	NS
Dislipemia (n (%))	16 (80%)	11 (55%)	27 (67,5%)	NS
Sedentarismo (n (%))	9 (45%)	8 (40%)	17 (42,5%)	NS
Tabaquismo (n (%))	0	3 (15%)	3 (7,5%)	0,023
DM (n (%))	11 (55%)	9 (45%)	20 (50%)	NS
IMC (kg/m ²)	27,5 ± 1,3	27 ± 2,1	28 ± 3,8	NS
IECA/ARA II	24 (48,9%)	25 (51%)	49 (61,2%)	NS
Bloqueadores beta	19 (57,6%)	14 (42,4%)	33 (41,3%)	NS
Antg calcio	15 (60%)	10 (40%)	25 (31,3%)	NS
Antagonista de la aldosterona	5 (55,6%)	4 (44,4%)	9 (11,25%)	NS
Diurético	16 (50%)	16 (50%)	32 (40%)	NS

IECA: inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina.

Conclusiones: El tratamiento antiandrógeno se relaciona con menor hipertrofia ventricular en ecocardiografía, sugiriendo que este tratamiento podría reducir el remodelado cardíaco.