



5012-5. MÁS ALLÁ DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN: REALCE TARDÍO DE GADOLINIO PARA ESTRATIFICAR EL RIESGO DE MUERTE SÚBITA EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA

Ibon Rodríguez Sánchez¹, Maitane Pérez de Nanclares Ingelmo², Cristina Gómez Ramírez³, Rubén Natividad Andrés⁴, Nora García Ibarrondo⁵, Cristina Goena Vives⁶, Alazne Urkullu Naveda⁷, José Juan Onaindia Gandarias⁷, Alberto Ullate de la Torre⁷, Urko Aguirre Larracochea⁷, Verónica Gómez Sánchez⁷, Ángela Cacicedo Fernández de Bobadilla⁷, M. Sonia Velasco del Castillo⁷, José Miguel Ormaetxe Merodio⁵ y Alberto Salcedo Arruti⁷

¹Hospital de Galdakao (Vizcaya). ²Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava). ³Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya). ⁴Hospital San Eloy, Barakaldo (Vizcaya). ⁵Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya). ⁶Hospital de Mendaro (Guipúzcoa). ⁷OSI Barrualde-Galdakao, Galdakao (Vizcaya).

Resumen

Introducción y objetivos: Es necesario mejorar la estratificación del riesgo de muerte súbita (MS) en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MDNI).

Métodos: Estudio multicéntrico (6 hospitales), retrospectivo. Se incluyeron 388 pacientes con diagnóstico clínico de MDNI y con resonancia magnética cardíaca (RMC). Se evaluó la presencia/ausencia de realce tardío de gadolinio (RTG) en la RMC. Los pacientes con patrón de RTG subendocárdico aislado (patrón isquémico) fueron excluidos del estudio. Posteriormente se clasificó el tipo de patrón de RTG no isquémico como intramiocárdico, subepicárdico o mixto (ambos patrones). Los eventos fueron evaluados a través de la historia clínica y la revisión de dispositivos. El objetivo primario fue la MS/MS abortada. El objetivo secundario fue la mortalidad global. En el análisis de subgrupos preespecificados se evaluó el valor pronóstico de los distintos patrones de RTG en el riesgo de MS.

Resultados: De 388 pacientes (70% hombres, edad media 59 años), 132 pacientes (34,3%) presentaban RTG no isquémico. La FEVI media fue del 33%, sin diferencias entre grupos. La mediana de seguimiento fue de 4,4 años (2,8-6,8). Las características basales de los pacientes están reflejadas en la tabla. El objetivo primario de MS/MS abortada se produjo en 28 pacientes (7,2%). La presencia de RTG se asoció con un HR de MS/MS abortada de 3,28 (IC95% 1,22-8,82), $p = 0,01$. Los pacientes con RTG presentaron el doble de mortalidad global que los pacientes sin RTG, con un HR ajustado de 2,18 (IC95% 1,17-4,06), $p = 0,01$. El patrón de RTG que se asoció con mayor riesgo de MS/MS abortada frente al grupo de pacientes sin RTG fue el subepicárdico, con un HR de 5,61 (IC95% 2,46-12,79), $p = 0,01$. El patrón intramiocárdico y el patrón mixto presentaron unos HR de 2,91 (1,38-6,12), $p = 0,005$ y 3,38 (1,58-7,22), $p = 0,002$ respectivamente.

Características basales de los pacientes

Población total (388)	RTG- (256)	RTG+ (132)	p
-----------------------	------------	------------	---

Edad, media (años)	59	59	59	0,79
Hombres, n (%)	270 (70)	160 (63)	110 (83)	0,0001
Fibrilación auricular/Flutter, n (%)	108 (28)	61 (24)	47 (36)	0,02
Hipertensión, n (%)	200 (53)	130 (52)	70 (54)	0,83
Diabetes mellitus, n (%)	72 (19)	41 (16)	31 (24)	0,07
Abuso de alcohol, n (%)	73 (20)	41 (17)	32 (25)	0,14
Miocardiopatía dilatada familiar, n (%)	29 (9)	18 (8)	11 (10)	0,68
Creatinina mg/dl	1,03	1,03	1,01	0,10
BRIHH, n (%)	140 (37)	104 (42)	36 (27)	0,01
Beta-bloqueantes, n (%)	297 (79)	190 (77)	107 (83)	0,15
IECA, n (%)	318 (84)	201 (81)	117 (91)	0,02
ARM, n (%)	170 (45)	97 (39)	73 (57)	0,04
Diuréticos de asa, n (%)	209 (55)	127 (51)	82 (64)	0,02
FEVI (%), media (DE)	32,8 (11,1)	33,5 (10,9)	31,4 (11,5)	0,08
FEVD (%), media (DE)	45,8 (15,0)	47,3 (14,8)	43,2 (15,1)	0,02
VTDVDi, ml/m ² , media (DE)	89,0 (33,4)	86,1 (32,8)	93,9 (34,1)	0,02
VTSVDi, ml/m ² , media (DE)	50,2 (29,5)	48,1 (29,2)	53,9 (29,6)	0,02
Ingreso previo por IC, n (%)	147 (38)	97 (38)	50 (38)	0,99

VTDDVDi y VTSVDi: volumen telediastólico y telesistólico de VD indexado; ARM: antagonistas del receptor mineralocorticoide.



Curva Kaplan-Meier de supervivencia libre de muerte súbita/abortada en función de la presencia de realce tardío de gadolinio (RTG).

Conclusiones: En nuestra cohorte de 388 pacientes con MDNI con un seguimiento de 4,4 años, la presencia de RTG se asoció con un mayor riesgo de MS/MS abortada y una mayor mortalidad global. El patrón subepicárdico de RTG identificó a los pacientes con mayor riesgo de presentar MS/MS abortada. La presencia de RTG y su patrón de localización podrían ayudar a una mejor estratificación del riesgo de MS en pacientes con MDNI.