



Revista Española de Cardiología



6011-4. MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA, ¿MEJOR PRONÓSTICO EN MUJERES?

Nerea Mora Ayestarán, Ignacio Roy Añón, Gonzalo Luis Alonso Salinas, Mayte Basurte Elorz, Gemma Lacuey Lecumberri, Marina Oliver Ledesma, Jara Amañur García Ugaldebere, Julene Ugarriza Ortueta, Arturo Lanasa Gallego y Virginia Álvarez Asiain

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña, Navarra.

Resumen

Introducción y objetivos: En algunas cardiopatías familiares con patrón de herencia AD los varones tienden a tener una mayor expresión de la enfermedad con una afectación más grave (influenciada, entre otros factores, por las hormonas sexuales). Se desconoce si el sexo influye en el pronóstico en miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI), si bien algunos registros sugieren una mejor evolución en mujeres.

Métodos: Estudio observacional que recoge pacientes con MCDNI a los que se realizó una resonancia magnética entre 2012 y 2018. Análisis comparativo de la evolución (eventos arrítmicos y mortalidad) en función del sexo. Modelos multivariantes para predecir eventos arrítmicos y mortalidad.

Resultados: De los 318 pacientes con MCDNI 78 (24,5%) son mujeres. En cuanto a las características basales, se observa una menor proporción de FA (19 vs 36%, p 0,004) y realce (14 vs 36%, p 0,001) en mujeres, sin observar diferencias significativas en el resto de características basales ni en el tratamiento recibido. En la evolución, con una mediana de seguimiento de 1510 ± 770 días, las mujeres presentan una tendencia a tener menos eventos arrítmicos (eventos arrítmicos y terapias en portadores de DAI 0 vs 24,14%; arritmias ventriculares o muerte súbita en no portadores 2,70 vs 6,39%) y mortalidad (6,41 vs 10%) en la evolución, probablemente influenciado por una menor presencia de RTG en mujeres (14,10 vs 36,25%, p 0,001). En el análisis multivariante, ajustado por variables relacionadas con la presencia de eventos arrítmicos (FEVI y RTG), ser mujer no se asocia de forma significativa con menor probabilidad de presentar eventos arrítmicos (OR 0,39, IC95% 0,09-1,79). La presencia de RTG, en cambio, aumenta por 3 la probabilidad de presentar un evento arrítmico (OR 3,09, IC95% 1,21-7,89). En cuanto a la mortalidad por todas las causas, ser mujer tampoco se relaciona con menor mortalidad (OR 0,71, IC95% 0,21-2,38), siendo la peor clase funcional (OR 15,86, IC95% 1,44-174,31) y la ERC (OR 5,40, IC95% 2,12-13,72) los principales predictores de mortalidad por todas las causas en MCDNI.

Características basales, tratamiento y evolución en función del sexo

	Hombre (n = 240)	Mujer (n = 78)	p
Edad, mediana (rango)	61,5 (51-71,5)	64,5 (51,5-73,5)	0,19

Hipertensión arterial, n (%)	122 (50,83)	39 (50,0)	0,89
Dislipemia, n (%)	112 (46,67)	31 (39,74)	0,29
Diabetes, n (%)	55 (22,92)	17 (21,79)	0,84
Fibrilación auricular, n (%)	88 (36,67)	15 (19,23)	0,004
Enfermedad renal crónica, n (%)	38 (15,83)	11 (14,10)	0,71
Clase funcional (NYHA), n (%)			
NYHA I	85 (35,42)	18 (23,08)	0,25
NYHA II	128 (53,33)	51 (65,38)	
NYHA III	13 (5,42)	3 (3,85)	
NYHA IV	0	0	
Desconocido	14 (5,84)	6 (7,69)	
Bloqueadores beta, n (%)	207 (86,25)	70 (89,74)	0,42
IECA/ARA II, n (%)	167 (69,58)	48 (61,54)	0,19
Sac/valsartán, n (%)	34 (14,17)	13 (16,67)	0,59
ARM, n (%)	113 (47,28)	41 (52,56)	0,42
Dispositivos, n (%)	199 (82,92)	64 (82,05)	
No portador	4 (1,67)	2 (2,56)	0,63
MCP	9 (3,75)	6 (7,69)	

TRC-P DAI-VR/DR en prevención primaria	10 (4,17)	3 (3,85)	
TRC-D en prevención primaria	9 (3,75)	1 (1,28)	
DAI-VR/DR (prevención secundaria)	6 (2,50)	2 (2,56)	
TRC-D (prevención secundaria)	3 (1,25)	0	
FEVI inicial, mediana (rango)	37 (27-46)	39 (28-46)	0,76
Realce, n (%)	87 (36,25)	11 (14,10)	0,001
Fenómenos arrítmicos, n (%)			
AV en portadores de DAI	7 (24,14)	0	0,18
MS o AV en no portadores de DAI	14 (6,39)	2 (2,70)	0,23
Exitus, n (%)			
No cardíaco	11 (4,58)	3 (3,85)	0,81
Cardíaco arrítmico	9 (3,75)	1 (1,28)	
Cardíaco por insuficiencia cardíaca	3 (1,25)	1 (1,28)	
Causa desconocida	1 (0,42)	0	

AV, arritmias ventriculares; DAI, desfibrilador automático implantable; FEVI, fracción de eyección del ventrículo izquierdo; MCP, marcapasos; MS, muerte súbita; TRC-D, desfibrilador con resincronización; TRC-P, marcapasos con resincronización.

Conclusiones: En nuestro estudio las mujeres presentan mejor evolución, con menos eventos arrítmicos y mortalidad, probablemente influenciado por una menor presencia de RTG en este grupo. El RTG es un potente predictor de eventos arrítmicos y la NYHA y la presencia de enfermedad renal crónica de mortalidad

por todas las causas en MCDNI.