



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

Virginia Martín Manzano¹, Lilian Grigorian¹, Juan Francisco Oteo Domínguez², Alejandro Gutiérrez Barrios³, Omar Abdul-Jawad Altisent⁴, Ignacio J. Amat Santos⁵, Agustín Fernández Císnal⁶, Juan Gabriel Córdoba Soriano⁷, Jéssica Roa Garrido⁸, Carlos Arellano Serrano², Diego Mialdea Salmerón³, Ricardo Sanz Ruíz¹, María Tamargo Delpón¹, Francisco Fernández-Avilés¹ y Enrique Gutiérrez Ibañes¹

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