



SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



ARTÍCULO ESPECIAL

Exámenes diagnósticos cardiovasculares: ¿diferencias de género en su interpretación?



Mónica Acevedo^{a,*} y Paola Varleta^b

^a División de Enfermedades Cardiovasculares, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^b Centro Cardiovascular, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

Recibido el 13 de octubre de 2017; aceptado el 7 de diciembre de 2017

Disponible en Internet el 9 de enero de 2018

PALABRAS CLAVE

Enfermedad
cardiovascular;
Diagnóstico;
Cardiopatía
isquémica;
Mujer

Resumen Dado que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en las mujeres, conocer las diferencias de género que existen en su diagnóstico, tratamiento y evolución resulta fundamental para el enfoque de la intervención. El rol de las técnicas no invasivas en la evaluación de las mujeres con sospecha de enfermedad cardiovascular isquémica debe tener en cuenta las diferencias anatómicas, fisiológicas y patológicas, que están directamente relacionadas con las diferencias en sus resultados e interpretación. La prueba de esfuerzo convencional tiene menor sensibilidad y especificidad en las mujeres que en los hombres, mientras que la prueba de perfusión miocárdica con talio tiene una sensibilidad más alta, pero no una especificidad mejor al electrocardiograma de esfuerzo tradicional en mujeres, y el Tc-99 sestamibi SPECT tiene una especificidad del ~90% en mujeres, la cual es similar a la del hombre. Pruebas como el ecocardiograma de estrés tienen una sensibilidad ligeramente peor en mujeres *versus* hombres, pero con una especificidad comparable. La resonancia nuclear magnética (RNM) y la angioTAC coronaria tienen en la actualidad un papel preponderante en el estudio de la enfermedad isquémica cardíaca. La sospecha clínica de enfermedad cardiovascular en la mujer, sumado a la escogencia de la mejor técnica diagnóstica y la interpretación adecuada, favorece diagnósticos y tratamientos más oportunos.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: macevedo@med.puc.cl (M. Acevedo).

KEYWORDS

Cardiovascular disease;
Diagnosis;
Ischemic heart disease;
Woman

Cardiovascular diagnostic tests: Gender differences in their interpretation?

Abstract Given that cardiovascular disease is the main cause of death in women, awareness of the gender differences in its diagnosis, treatment and development is essential for intervention. The role of non-invasive techniques in the assessment of women with suspected ischemic heart disease should take into account the anatomical, physiological and pathological differences which are directly related to their results and interpretation. Conventional stress tests have less sensitivity and specificity in women than in men, while thallium myocardial perfusion scans have a higher sensitivity, but not a better specificity, than the conventional stress electrocardiogram in women; and the Tc-99 sestamibi SPECT has a ~90% specificity in women, which is similar to that in men. Tests such as stress echocardiograms have a slightly worse sensitivity in women *versus* men, with a comparable specificity. Nuclear magnetic resonance (NMR) and coronary CT angiography currently have a preponderant role in the study of ischemic heart disease. The clinical suspicion of cardiovascular disease in women, together with the selection of the best diagnostic technique and an adequate interpretation, favors more timely diagnoses and treatments.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en las mujeres en los países industrializados¹. No obstante, lo que más preocupa en la actualidad, es que la letalidad por cardiopatía isquémica en algunos países latinoamericanos sigue siendo el doble en la mujer comparada con el hombre, como sucede en Chile². El porqué de esto no está del todo claro. Las respuestas han sido múltiples; entre ellas, se ha planteado sesgo en la atención, diagnóstico y tratamiento de las mismas³⁻⁵.

Esta revisión se centrará en las técnicas diagnósticas de la cardiopatía isquémica en la mujer, tema que ha adquirido tal importancia, que la Asociación Americana del Corazón (AHA), por primera vez en 2005⁶ y recientemente en 2014⁷, ha publicado consensos sobre el rol de las técnicas no invasivas en la evaluación clínica de mujeres con sospecha de enfermedad cardiovascular isquémica.

El estudio WISE⁸, realizado hace años en mujeres con dolor precordial, dejó muy en claro, que la enfermedad coronaria en la mujer, a diferencia del hombre, no sólo podía comprometer las arterias coronarias epicárdicas, sino que iba más allá, involucrando también la disfunción del territorio microvascular y la función endotelial. Concordante con ello, en mujeres se ven también otras manifestaciones de enfermedad coronaria, como espasmos de las arterias coronarias y disección de las coronarias epicárdicas. Es por ello que el término más correcto cuando se hace referencia a cardiopatía coronaria en la mujer, es el de "enfermedad isquémica del corazón" (sigla IHD, en inglés, que corresponde a "ischemic heart disease", y que se usará en esta revisión).

Existen numerosas diferencias anatómicas entre hombres y mujeres que pueden afectar el rendimiento diagnóstico de la electrocardiografía (ECG) y la imagen cardíaca en las mujeres. Entre ellas está el menor tamaño de las arterias coronarias, así como de la cámara del ventrículo izquierdo (volumen diastólico final: 96,4 ml en promedio en mujeres

versus 139,0 ml en hombres), y la mayor atenuación de la pared torácica secundaria al tejido mamario⁹. Como ejemplo, el pequeño tamaño de las arterias coronarias puede aumentar el número de segmentos no evaluables en la angiografía por tomografía computarizada. Por otro lado, el tamaño más reducido del ventrículo izquierdo en las mujeres puede disminuir la precisión de las pruebas de perfusión miocárdica con radioisótopos. En esa misma prueba, las mamas son capaces de crear artefactos de atenuación en el territorio de la arteria descendente anterior⁹. Finalmente, se debe saber que los estrógenos pueden causar un efecto parecido a la digital en el ECG, ya que estructuralmente son similares, y conllevan aumento en los falsos positivos de la prueba de esfuerzo¹⁰ (tabla 1)¹¹.

Exámenes diagnósticos no invasivos de cardiopatía isquémica en la mujer

La figura 1 propone un algoritmo modificado y simplificado para la evaluación no invasiva de mujeres con síntomas cardiovasculares que sugieran enfermedad coronaria isquémica, basado en el consenso AHA liderado por Mieres et al⁷. En este artículo se hará referencia sólo a las técnicas de imágenes no invasivas en cardiopatías isquémicas.

Electrocardiografía de esfuerzo

La electrocardiografía de esfuerzo (ECG de esfuerzo) o ergometría de esfuerzo, es el examen más usado en la investigación inicial de enfermedad coronaria estable en mujeres sintomáticas, de riesgo intermedio, que tienen un ECG de reposo normal y que pueden ejercitarse. Es el examen de primera línea en estas mujeres porque permite evaluar la capacidad funcional, tiene un valor predictivo negativo alto, existe evidencia de que el porcentaje de eventos cardiovasculares a dos años es similar que la cintigrafía de perfusión

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8676172>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8676172>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)