



6040-15. PRONÓSTICO Y EVOLUCIÓN DE LA NO COMPACTACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO. ¿MIOCARDIOPATÍA O VARIANTE DE LA NORMALIDAD?

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

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña, Navarra.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía no compactada (MNC) es una entidad heterogénea. En series iniciales se asoció con mala evolución y eventos (insuficiencia cardiaca, arritmias y fenómenos tromboembólicos). Actualmente debido a la mejora de las técnicas de imagen se ha producido un incremento del número de individuos con criterios morfológicos de MNC que están asintomáticos. No está claro si se trata de dos entidades diferentes (no compactación miocárdica, NCM, como variante de la normalidad sin alteraciones funcionales y buen pronóstico; vs miocardiopatía no compactada, MNC, con dilatación/disfunción ventricular y peor pronóstico) o si la segunda es un estadio más evolucionado de la primera.

Métodos: Estudio observacional que recoge pacientes con MNC a los que se ha realizado una resonancia magnética (2012-2018). Se diagnóstica de MNC si relación NC/C > 2,3. Análisis de la evolución en función de la presencia de NCM (alteración morfológica sin otras alteraciones funcionales) frente a la MNC (dilatación o disfunción ventricular inicial: FEVI 92 ml/m² hombre y > 81 ml/m² mujer).

Resultados: Se incluyen 114 pacientes de los cuales 35 (30,7%) presentan MNC. Los pacientes con MNC son más mayores y hay una mayor proporción de varones con enfermedad renal crónica y FRCV (HTA, dislipemia, DM). Se observa igualmente peor clase funcional, mayor proporción de RTG y trastorno de conducción. En la evolución (mediana de seguimiento 6,2 (4,1-7,3) años), ningún paciente con NCM aislada ha presentado progresión a dilatación/disfunción ventricular frente al grupo de MNC en el que un 6,32% (todos ellos con FEVI inicial > 40%) presentan progresión a DVI grave. En cuanto a los eventos, los pacientes con MNC presentaron más FA (5,1 vs 34,3%, p 0,01), IC (0 vs 17,14%), embolias (0 vs 8,57%), arritmias ventriculares o muerte súbita recuperada (0 vs 11,42%) y mortalidad (0 vs 14,28%).

Variable	No compactación miocárdica (n = 79)	Miocardiopatía no compactada (n = 35)	P
Edad	39,8 (22,9-51,2)	61,3 (52,4-68,2)	0,001

Sexo mujer	38 (48,1%)	9 (25,7%)	0,025
Factores de riesgo cardiovascular			
Hipertensión	1 (1,3%)	8 (22,9%)	0,001
Dislipemia	9 (11,4%)	22 (62,9%)	0,001
Diabetes	18 (22,8%)	17 (48,6%)	0,006
Fumador activo	7 (8,9%)	10 (28,6%)	0,01
Exfumador	21 (31,3%)	8 (22,9%)	0,856
Enfermedad renal crónica	15 (22,4%)	14 (40,0%)	0,108
Clase funcional (NYHA), n (%)			
NYHA I	67 (84,8%)	11 (31,4%)	0,015
NYHA II	11 (13,9%)	18 (51,4%)	0,618
NYHA III	0	3 (8,6%)	ns
FEVD inicial	55,1; 1,4	47,2; 12,0	0,001
FEVD inicial inferior al 45%	0	10 (28,6%)	0,001
Disfunción en el seguimiento	0	6 (37,5%)	0,001
DTD indexado	30,5 (28-33)	33 (30-36)	0,003
VTD indexado	79 (73-94)	115 (107-131)	0,001
VTS indexado	32 (26-37)	69 (55-92)	0,001

Realce	4 (5,1%)	8 (22,9%)	0,004
Anchura QRS	92 (84-03)	105 (86-144)	0,02
BRIHH	4 (5,1%)	7 (20,0%)	0,013
Tratamiento médico			
Bloqueadores beta	15 (19,0%)	34 (97,1%)	0,001
IECA/ARAI	14 (17,7%)	26 (74,3%)	0,001
ARM	2 (2,5%)	19 (54,3%)	0,001
Sac/valsartán	0	3 (8,6%)	0,008
Dispositivos			
MP	2 (2,5%)	1 (2,9%)	ns
TRC-P	0	1 (2,9%)	
DAI	0	2 (5,7%)	
TRC-D	0	1 (2,9%)	ns
DAI (prevención secundaria)	0	2 (5,7%)	
AV en portadores	0	1 (2,9%)	
AV o MS en no portadores	0	4 (12,1%)	0,002
FA en la evolución	4 (5,1%)	12 (34,3%)	0,001

Exitus

No cardiaco		5 (14,3%)	
Cardiaco arrítmico	0	2 (5,7%)	0,001
Cardiaco IC		2 (5,7%)	
Desconocido		1 (2,9%)	

AV: arritmias ventriculares; DAI: desfibrilador automático implantable; MCP: marcapasos; MS: muerte súbita; TRC-D: desfibrilador con resincronización; TRC-P: marcapasos con resincronización.

Conclusiones: Los pacientes con NCM aislada presentaron buena evolución, sin progresión a dilatación/disfunción ventricular, presentar eventos (IC, embolias, arritmias ventriculares) ni mortalidad en un seguimiento a medio plazo (6 años). La NCM puede ser una variante de la normalidad, con buen pronóstico a medio plazo. Dada la diferencia de edad entre ambos grupos no es posible establecer la benignidad de la NCM aislada, dado que no se puede descartar progresión a MNC a largo plazo.