



5001-14. PREDICTORES DE EMBOLIAS SISTÉMICAS EN NO COMPACTACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

Guillem Casas Masnou¹, Gerard Oristrell¹, Javier Limeres Freire¹, Roberto Barriales Villa², Juan Ramón Gimeno Blanes³, Pablo García Pavía⁴, Esther Zorio Grima⁵, Eduardo Villacorta Argüelles⁶, Juan Jiménez Jáimez⁷, Antoni Bayés-Genís⁸, José Manuel García Pinilla⁹, Addison Julián Palomino Doza¹⁰, Arturo Evangelista Masip¹, Ignacio Ferreira González¹ y José Fernando Rodríguez Palomares¹, del ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ²Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), ⁵Hospital Universitario La Fe, Valencia, ⁶Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, ⁷Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ⁸Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga y ¹⁰Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La no compactación del ventrículo izquierdo (NCVI) se asocia a un mayor riesgo de embolias sistémicas (ES). Sin embargo, su incidencia varía ampliamente según la serie y sus factores de riesgo siguen siendo inciertos. El objetivo de este estudio es evaluar la tasa de ES en NCVI y establecer los principales factores de riesgo.

Métodos: Se trata de un registro multicéntrico de pacientes con criterios por imagen (ecocardiografía o RMC) de NCVI. Se registraron variables demográficas, de imagen y clínicas.

Resultados: Se incluyeron 514 pacientes con NCVI de 10 centros españoles entre 2000 y 2018. 289 (56%) eran varones, la edad mediana al diagnóstico fue de 49 años (RIC 31-64) y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media inicial fue del 47% (desviación estándar [DE] 17). Durante una mediana de seguimiento de 4,2 años (RIC 1,9-7,1), 23 pacientes (4,5%) tuvieron una ES. Las características basales se describen en la tabla. Los pacientes con ES eran mayores, sin diferencias de sexo y tenían una prevalencia similar de factores de riesgo cardiovascular. Se encontraban con más frecuencia bajo tratamiento con anticoagulación oral. Los pacientes con ES tenían una FEVI más reducida, así como un ventrículo (VI) y aurícula izquierdos (AI) más dilatados. El realce tardío con gadolinio (RT) era más frecuente, lo que globalmente sugiere una expresión más grave de la miocardiopatía (tabla). Los pacientes con ES tuvieron tasas no significativamente más altas de hospitalización por insuficiencia cardíaca (33 frente a 24%, $p = 0,309$) y fibrilación auricular (35 frente a 19%, $p = 0,101$). Los predictores univariados de ES fueron la edad (*odds ratio* [OR] 1,03), la FEVI (OR 0,96), el diámetro telediastólico del VI (OR 1,04) y el diámetro de AI (OR 1,07). En el análisis multivariado, solo el diámetro de AI fue un predictor independiente de ES (OR 1,04, IC 1,01-1,09, $p = 0,042$). Un diámetro de la AI > 45 mm conlleva un riesgo 3 veces mayor de ES (OR 3,04, IC 1,12-8,26, $p = 0,02$) (figura).

Características basales de pacientes con y sin embolias sistémicas

	Embolias sistémicas (n = 23)	No embolias sistémicas (n = 491)	p
Varones, n (%)	15 (65)	289 (56)	0,519
Edad al diagnóstico, mediana (RIC) - años	60 (48-76)	48 (30-64)	0,020
Seguimiento, mediana (RIC) - años	5,9 (3,1-7,8)	4,2 (1,8-7,1)	0,177
Hipertensión, n (%)	8 (33)	118 (24)	0,311
Diabetes mellitus, n (%)	3 (14)	39 (8)	0,413
Dislipemia, n (%)	12 (52)	123 (25)	0,010
Tabaquismo, n (%)	3 (14)	25 (5)	0,099
Anticoagulación oral, n (%)	19 (83)	118 (24)	0,001
QRS, (DE) - ms	119 (30)	104 (28)	0,023
FEVI, (DE) -%	37 (15)	48 (17)	0,003
DTDVI (DE) - mm	58 (11)	54 (10)	0,046
DTSVI (DE) - mm	45 (13)	38 (11)	0,008
Diámetro AI (DE) - mm	46 (9)	39 (9)	0,003
TAPSE (DE) - mm	21 (4)	21 (5)	0,613
FEVI RMC (DE) -%	39 (18)	51 (16)	0,005
VTDVI RMC (DE) - ml	193 (75)	163 (70)	0,117
VTSVI RMC (DE) - ml	121 (64)	85 (64)	0,037

RT, n (%)	9 (40)	88 (18)	0,041
-----------	--------	---------	-------

FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo; DTDVI: diámetro telediastólico VI; DTSVI: diámetro telesistólico VI; AI: aurícula izquierda; VTDVI: volumen telediastólico VI; RT: realce tardío; TAPSE: desplazamiento sistólico del plano del anillo tricuspídeo.



Conclusiones: La NCVI conlleva un riesgo moderado de ES a medio plazo, que parece ser independiente de la fibrilación auricular y se asocia con la edad, la dilatación del ventrículo izquierdo, la disfunción sistólica y principalmente con la dilatación de la aurícula izquierda. Este subgrupo de pacientes debería considerarse para la anticoagulación oral en prevención primaria.