



## 4024-4. RIESGO DE EMBOLIAS SISTÉMICAS EN NO COMPACTACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

Guillem Casas Masnou<sup>1</sup>, Gerard Oristrell Santamaría<sup>1</sup>, José Fernando Rodríguez Palomares<sup>1</sup>, Mar Borregan<sup>2</sup>, Javier Limeres Freire<sup>1</sup>, Laura Gutiérrez García-Moreno<sup>1</sup>, Gisela Teixidó Tura<sup>1</sup>, Laura Galian Gay<sup>1</sup>, Rubén Fernández Galera<sup>1</sup>, M. Teresa González Alujas<sup>1</sup>, David García Dorado<sup>1</sup> y Arturo Evangelista Masip<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona y <sup>2</sup>Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La no compactación del ventrículo izquierdo (NCVI) se asocia a un riesgo aumentado de embolias sistémicas (ES). Sin embargo, su incidencia y la indicación de anticoagulación oral (ACO) en prevención primaria no están bien establecidas. El objetivo de este trabajo es evaluar el riesgo de ES en una cohorte de pacientes con criterios de imagen para NCVI y describir sus características.

**Métodos:** Los pacientes que cumplían criterios de ecocardiografía y RMC para NCVI fueron incluidos y seguidos prospectivamente. Aquellos con indicación basal para ACO no se incluyeron. Se realizó seguimiento anual con ECG, eco, Holter de 24h y ergometría. Se analizaron los ES.

**Resultados:** De 2007 a 2017, se incluyeron 128 pacientes. 68 (53%) eran varones, la edad al diagnóstico fue de  $37,2 \pm 18,5$  años y el seguimiento medio fue de  $36 \pm 25$  meses (máximo 102 meses). La FEVI al diagnóstico fue de  $48,2 \pm 15,0\%$ . 5 pacientes (3,9%) presentaron 6 ES durante el seguimiento: 4 ictus embólicos, 1 IAM embólico y 1 embolia arterial periférica. Un paciente tuvo ictus e IAM. Todos eran varones y la edad media al evento fue de 57 años. Ninguno de ellos estaba previamente anticoagulado. El CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc medio fue de 1 (rango 0-2) y el ictus fue la primera manifestación clínica de NCVI en 2 de ellos. Ninguno de ellos tenía antecedentes de FA y sus ECG y Holters posteriores mostraron ritmo sinusal. El 17% de los pacientes con FEVI  $\leq 35\%$  presentó ES, mientras que ningún paciente con FEVI  $> 35\%$  tuvo ES. Aquellos con ES tenían una FEVI media al diagnóstico del 22,6% (rango 17-35%). Todos menos 1 estaban en CF NYHA II (1 en CF III) y 2 de ellos habían sido hospitalizados previamente por IC. No tenían trombo intraventricular por eco ni RMC y solo el paciente con IAM embólico tenía segmentarismos. Todos ellos están actualmente en tratamiento con ACO y solo el paciente con ictus e IAM ha tenido un ES recurrente (se inició acenocumarol después del ictus y presentó un IAM estando adecuadamente anticoagulado-INR 2,8).

**Conclusiones:** La NCVI conlleva un riesgo moderado de ES (3,9%) independientemente de la presencia de FA. Los pacientes con disfunción ventricular grave parecen tener un riesgo especialmente alto (17%) y, curiosamente, en nuestra serie solo se vieron afectados varones. Nuestros datos sugieren que la ACO debería considerarse en prevención primaria en pacientes con NCVI y FEVI  $\leq 35\%$ .