



5010-5. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES MEDIANTE TÉCNICAS DE DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA ENTRE LA MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA Y LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

Diego Segura Rodríguez¹, Isabel Gallardo Sánchez², Francisco José Bermúdez-Jiménez³, José Manuel Oyonarte-Ramírez³ y Juan Jiménez-Jáimez³

¹Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ²Hospital La Inmaculada del SAS, Huércal-Overa (Almería). ³Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: El diagnóstico de la miocardiopatía no compactada del ventrículo izquierdo (MNC) supone todo un reto debido a criterios diagnósticos no específicos y al solapamiento con fenotipos de otras miocardiopatías. Nuestro objetivo ha sido investigar parámetros diferenciales en ecocardiografía avanzada mediante técnicas de deformación miocárdica entre la MNC y la miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI).

Métodos: Estudio multicéntrico transversal en el que se analizaron ecocardiografías transtorácicas de dos cohortes de pacientes con MNC y MCDNI. Veintisiete voluntarios sanos también fueron incluidos como grupo control. Se evaluaron parámetros de deformación miocárdica del ventrículo izquierdo (VI) mediante Speckle Tracking 2D: strain global longitudinal (SGL), dispersión mecánica (DM) a través de la desviación estándar del tiempo de contracción de los distintos segmentos (DMDE) y el delta (rango entre el tiempo de contracción máximo y mínimo) (DMdelta). También se evaluó el strain longitudinal regional (SLR) y la ratio entre el strain apical y el basal.

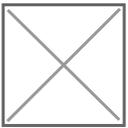
Resultados: Se incluyeron un total de 69 pacientes: 24 MNC (edad media: $50,1 \pm 18,9$ años, 19 varones), 22 MCDNI (edad media: $48,9 \pm 14,6$ años, 14 varones) y 23 voluntarios sanos (edad media: $46,0 \pm 16,3$ años, 14 varones). No hubo diferencias en la fracción de eyección de VI entre ambas patologías (MNC $43,6 \pm 9,5$ vs MCDNI $43,4 \pm 10,2\%$; $p = 0,929$). Ambos grupos mostraron peores valores de SGL, DMDE y DMdelta respecto a la cohorte sana (tabla), no alcanzándose la significación estadística entre ambas miocardiopatías. Sin embargo, MNC y MCDNI mostraron diferencias significativas en el SLR de los segmentos basales ($-11,9 \pm 3,5$ vs $-15,2 \pm 3,8\%$; $p = 0,003$). La cohorte MNC mostró un patrón de SGL apical relativamente preservado respecto al basal. En cambio, este patrón no se observó en el grupo MCDNI, que presentó valores de SLR con una distribución más homogénea. La ratio de strain longitudinal ápex/base entre ambos grupos fue de $1,53 \pm 0,5$ vs $1,26 \pm 0,3$; $p = 0,037$, respectivamente (fig.).

Análisis comparativo de los parámetros de deformación miocárdica entre MNC y MCDNI y la cohorte sana

MNC	GC	valor p	MCDNI	GC	p
-----	----	---------	-------	----	---

SGL (%)	-14,3 ± 3,7	-20,1 ± 2,5	0,001	-15,3 ± 3,7	-20,1 ± 2,5	0,001
DMDE (ms)	54,5 ± 14,0	37,4 ± 17,2	0,001	57,2 ± 20,9	37,4 ± 17,2	0,001
DMdelta (ms)	171,7 ± 47,8	125,0 ± 49,1	0,001	187,1 ± 70,8	125,0 ± 49,1	0,001

DM: dispersión mecánica; GC: grupo Control; MCDNI: miocardiopatía dilatada no isquémica; MNC: miocardiopatía no compactada; Strain global longitudinal (SGL).



Comparación de los valores regionales de strain entre MNC y MCDNI representados mediante ojo de buey. También se representa las diferencias en la ratio de strain ápex/base.

Conclusiones: Tanto la cohorte de MNC como la de MCDNI obtuvieron peores valores de deformación miocárdica respecto al grupo control. A diferencia de los individuos con MCDNI, aquellos pacientes con MNC mostraron una mayor preservación del strain longitudinal de los segmentos apicales con una mayor ratio ápex/base, y, por tanto, una mayor heterogeneidad en su contracción.