



6040-11. ¿LA PRESENCIA DE PATRÓN DE NO COMPACTACIÓN IMPLICA PEOR PRONÓSTICO EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA?

Nerea Mora Ayestarán, Ignacio Roy Añon, Gonzalo Luis Alonso Salinas, Mayte Basurte Elorz, Gemma Lacuey Lecumberri, Mercedes Ciriza Esandi, Arturo Lanaspá Gallego, Jara Amañur García Ugaldebere, Julene Ugarriza Ortueta y Virginia Álvarez Asiain

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña, Navarra.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía no compactada se ha asociado clásicamente con mayor riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca (IC), arritmias y fenómenos tromboembólicos. Se desconoce si la presencia de patrón de no compactación miocárdica (NCM) implica peor pronóstico en los pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI) en cuanto a la triada clásica (IC, arritmia, embolismo) y mortalidad.

Métodos: Estudio observacional que recoge pacientes con MCDNI a los que se realizó una resonancia magnética de 2012-2018. Análisis comparativo de la evolución en función de la presencia o ausencia de NCM (relación NC/C > 2,3). Modelos multivariantes para predecir eventos, mortalidad global y cardíaca.

Resultados: De los 318 pacientes con MCDNI 45 (14,15%) presentan NCM. En cuanto a las características basales, los pacientes sin NCM son mayores (60,3 años vs 55 años, p 0,02) y con más RTG (38,1 vs 20%, p 0,02), sin observar diferencias en el resto de características basales ni tratamiento recibido. En la evolución (mediana de seguimiento de 1.454 ± 875 días en el grupo sin NCM y 1.689 ± 779 con NCM, p 0,81), los pacientes con NCM no presentaron peor función ventricular (FEVI 29,9 vs 31,1, p 0,74; FVD 36,8 vs 39,5, p 0,53) ni más eventos (descompensación de IC, embolismos ni arritmias). En pacientes con NCM se observa una tendencia a mayor mortalidad global (8,8 vs 11,1%) y cardíaca (4,03 vs 6,66%). En el análisis multivariante (NCM, FEVI, FEVD, RTG, FA), la presencia de NCM no predijo la presencia de embolismos (HR 0,841, IC95% 0,24-2,9), siendo la presencia de FA el principal determinante de eventos embólicos (HR 2,678, IC95% 1,25-5,76, p 0,01). En el análisis multivariante, ajustado por FEVI, RTG y NYHA, la presencia de NCM no se asoció con mayor mortalidad global (NCM HR1,08, IC95% 0,29-4,09; FEVI HR 1,002, IC95% 0,95-1,04; RTG HR 2,18, IC95% 0,87-5,45); NYHA HR 10,55, IC95% 1,34-81,09) ni arrítmica (NCM HR 2,45, IC95% 0,45-13,17; FEVI HR 0,99, IC95% 0,94-1,05; RTG HR10,27, IC95% 1,85-57,21). En nuestra serie el RTG es la variable que mejor predice la mortalidad cardíaca de origen arrítmico (HR 10,27, p 0,008).

Características basales y evolución en función de la presencia o ausencia de patrón de no compactación

	Miocardiopatía dilatada sin patrón de no compactación (n 273)	Miocardiopatía dilatada con patrón de no compactación (n 45)	p
Edad, media (DE)	60,3 (14,1)	55,0 (13,7)	0,021
Sexo masculino, n (%)	210 (76,9%)	30 (66,7%)	0,138
Hipertensión, n (%)	138 (50,5%)	23 (51,1%)	0,944
Dislipemia, n (%)	124 (45,4%)	19 (42,3%)	0,689
Diabetes, n (%)	61 (22,3%)	11 (24,4%)	0,755
Fibrilación auricular, n (%)	94 (34,4%)	9 (20%)	0,159
Enfermedad renal crónica, n (%)	42 (15,4%)	7 (15,6%)	0,977
Clase funcional (NYHA), n (%)			
NYHA I	85 (33,2%)	18 (42,9%)	
NYHA II	158 (61,7%)	21 (50%)	0,36
NYHA III	13 (5,1%)	3 (7,1%)	
NYHA IV	0 (0%)	0 (0%)	
Bloqueador beta, n (%)	238 (87,2%)	39 (86,7%)	0,924
IECA/ARA II, n (%)	184 (67,4%)	31 (68,9%)	0,843
ARNI, n (%)	44 (16,1%)	3 (6,7%)	0,098
ARM, n (%)	134 (49,2%)	20 (44,4%)	0,769

Dispositivos, n (%)	225 (82,4%)	38 (84,4%)	
No portador MCP	5 (1,8%)	1 (2,2%)	
TRC-P	14 (5,1%)	1 (2,2%)	
DAI-VR/DR en prevención primaria	11 (4%)	2 (4,4%)	0,854
TRC-D en prevención primaria	9 (3,3%)	1 (2,2%)	
DAI-VR/DR en prevención secundaria	6 (2,2%)	2 (4,4%)	
TRC-D en prevención secundaria	3 (1,1%)	0 (0%)	
FEVI inicial, media (DE)	36,3 (14,1)	39,3 (14,5)	0,224
FEVD inicial, media (DE)	48,9 (10,8)	48,9 (11,15)	0,977
Realce tardío de gadolinio, n (%)	104 (38,1%)	9 (20%)	0,019
Fenómenos arrítmicos, n (%)			
AV en portadores de DAI	6 (20%)	1 (20%)	0,854
AV o MS en no portadores de DAI	12 (4,9%)	4 (10%)	
Muerte, n (%)	24 (8,8%)	5 (11,1%)	
No cardíaco	12 (50%)	2 (40%)	0,58
Cardíaco arrítmico	8 (33,3%)	2 (40%)	

Cardiaco por insuficiencia cardiaca	3 (12,5%)	1 (20%)
Causa desconocida	1 (4,1%)	0 (0%)

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

Conclusiones: En nuestro estudio la presencia de no compactación del ventrículo izquierdo no se ha asociado con peor evolución en cuanto a eventos (insuficiencia cardiaca, embolismos, arritmias supraventriculares ni ventriculares) ni mortalidad en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica.