



6014-7. PAPEL PRONÓSTICO DE LA DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA Y EL TRABAJO MIOCÁRDICO POR CARDIORESONANCIA EN PACIENTES CON NO COMPACTACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

Maribel González-del-Hoyo, Guillem Casas, Lucía La Mura, María Josefa Azpiroz Franch, Andrea Guala, Rubén Fernández Galera, Roxana Andreina Escalona Silva, Filipa Valente, Luz Servato, Javier Limeres Freire, Laura Gutiérrez, Gisela Teixido-Tura, Arturo Evangelista Masip, Ignacio Ferreira y José Fernando Rodríguez Palomares

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: En la no compactación del ventrículo izquierdo (NCVI), la FEVI es el principal predictor de eventos cardiovasculares (MACE). El objetivo fue determinar por resonancia magnética cardiaca (RMC) el patrón de deformación miocárdica (*strain* global longitudinal (SGL)) y la relación de trabajo miocárdico global y regional, y establecer una correlación con el pronóstico.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo, longitudinal, incluyendo pacientes con criterios diagnósticos de NCVI y determinando valores de *strain* de VI y ventrículo derecho (VD), así como la relación del trabajo miocárdico (ápico-basal y lateral-septal) del VI. Se definió MACE como una combinación de insuficiencia cardiaca (IC), arritmias ventriculares (AV), embolias sistémicas o mortalidad global.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes, con una mediana de edad de 52 años (RIC 50-54) y 21 (47,7%) varones. La mediana de FEVI fue de 49% (RIC 37-57), de SGL de VI de -18,7 (-15,2 a -22,2) y de trabajo miocárdico ápico-basal de 9,9% (7,3-14,7) y lat-septal 2,53% (1,9-3,4). Hubo 6 sujetos (13,64%) con RTG y la mediana de ratio NC/C Petersen fue de 2,8 (2,5-3,1). El coeficiente de Spearman confirmó una relación inversa entre la FEVI y la deformación miocárdica (SGL $r = -0,754$ $p < 0,001$; SGC $r = -0,784$, $p < 0,001$) y el trabajo miocárdico (Ap-Basal $r = 0,649$, $p < 0,001$ y lat-sept $r = 0,543$; $p < 0,05$), la presencia de trabajo miocárdico ápico-basal disminuido se asocia a un mayor riesgo de MACE (HR 0,17; $p = 0,081$), pero no así en FEVI 50% (0,35; $p = 0,316$).

	No MACE n = 25	MACE n = 19	p
Edad	52,9 (51-54)	51,0 (48-53)	0,042
Varón	10 (40)	11 (57,9)	0,361
Dislipemia	4 (16,0)	15 (79)	0,000

Hipertensión arterial	3 (12)	6 (31,6)	0,111
Fibrilación auricular	0	2 (10,3)	0,162
BRIHH	4 (16,0)	7 (36,8)	0,114
VTDVI ml	176 (147-209)	162 (140-229)	0,872
VTSVI ml	83 (69-99)	101 (63-182)	0,210
Masa trabeculada	20 (14-32)	17 (15-36)	0,949
Ratio NC/C	2,7 (2,5-3,1)	2,8 (2,7-3,1)	0,161
FEVI	53,5 (43-59)	39 (28-49)	0,002
SG longitudinal VI	-20,4 (-17--23)	-15,7 (-11--17)	0,005
SG circunferencial VI	-27,4 (-24--31)	-18,6 (-12--27)	0,020
Trabajo miocárdico ápico-basal %	11,6 (9,1-15,2)	7,3 (5,3-9,1)	0,001
Trabajo miocárdico latero-septal %	2,65 (1,2-3,6)	2,0 (1,3-3,1)	0,070
SGL VD	-23,5 (-27- -21)	-19,4 (-24--16)	0,124
Área fraccional VD	42,7 (37-53)	40,2 (33-44)	0,056

Conclusiones: En NCVI, el análisis del trabajo y de la deformación miocárdica por CRM tienen adecuada correlación con la FEVI, pero no con la FEVD. En pacientes con FEVI > 50%, alteraciones en el trabajo miocárdico, permiten identificar pacientes con mayor incidencia de MACE a largo plazo, pudiendo ser una herramienta útil en este subgrupo.