



## 6. ASOCIACIÓN ENTRE LA GRAVEDAD DEL FENOTIPO EN MIOCARDIOPATÍAS Y LA PRESENCIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO NO COMPACTADO. ANÁLISIS DE UNA COHORTE

Pablo Soto Martín, Jorge Martínez del Río, Jesús Piqueras Flores, Manuel Muñoz García, Martín Negreira Caamaño, Cristina Mateo Gómez, Daniel Águila Gordo, Andrez Felipe Cubides Novoa, María Maeve Soto Pérez, Emilio Blanco López, Marta Andrés Sierra, Beatriz Jiménez Rubio e Ignacio Sánchez Pérez

Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El ventrículo izquierdo no compactado (VINC) es un rasgo morfológico, también considerado por algunos grupos como miocardiopatía independiente, que se asocia con frecuencia a miocardiopatías genéticas como la miocardiopatía hipertrófica (MCH), arritmogénica (MCA) o dilatada (MCD). En el presente trabajo se analiza la relación entre un fenotipo de miocardiopatía más agresivo y la presencia de anomalías en la compactación miocárdica en términos de VINC e hipertrabeculación del ventrículo izquierdo (HTVI).

**Métodos:** Estudio observacional transversal de una cohorte de pacientes en seguimiento por una unidad de cardiopatías familiares. Se compararon, en cada miocardiopatía, los pacientes que presentaban HTVI o VINC (criterios de Petersen de cardi resonancia magnética-CRM-), junto con aquellos que presentaban compactación normal (CN), en cuanto a los resultados del electrocardiograma, pruebas de imagen cardíaca, arritmias ventriculares, portadores de desfibrilador automático implantable (DAI) y *score* de riesgo de muerte súbita cardíaca (MSC) en MCH.

**Resultados:** De 2018 hasta finales de 2022 se incluyeron 707 casos índice de los cuales 192 tenían diagnóstico de MCH y 93 de MCD. La edad media fue de  $45,28 \pm 18,16$  años, el 54,3% varones, 19,4% tenían insuficiencia cardíaca (clase funcional NYHA ? II) y el 2,7% tenían implante de DAI. El 12,9% de MCH tenían VINC y el 10,7% HTVI. El 20,3% de MCD tenían VINC y otro 20,3% HTVI. En los pacientes con MCH, no se hallaron diferencias significativas en cuanto a grosor parietal máximo, fibrosis en CRM, FA, taquicardia ventricular no sostenida (TVNS), score de riesgo de MSC o implante de DAI. Sí se encontraron diferencias significativas ( $p = 0,02$ ) en el grado máximo de obstrucción de tracto de salida del VI (OTSVI), resultando mayor en VINC que en pacientes con CN (media de 86,67 vs 38,13 mmHg). En MCD, no hubo diferencias significativas en cuanto a FEVI, fibrosis miocárdica en CRM, FA, TVNS, volúmenes telediastólicos de VI o clase funcional. Sí hubo diferencias significativas ( $p = 0,01$ ) en cuanto a la presencia de bloqueo completo de rama izquierda, resultando menos frecuente en VINC (8,9%) que en CN (10,7%).

**Conclusiones:** En la cohorte estudiada, las anomalías de la compactación miocárdica no se asociaron con la presentación de fenotipo estructural o arritmico más grave en MCH o MCD, a excepción de mayor OTSVI en la MCH, sin diferencias en el grosor parietal.