



6019-118. IMPACTO DE LA NO COMPACTACIÓN VENTRICULAR EN EL PRONÓSTICO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y DILATADA

Pablo Soto Martín¹, Jesús Piqueras Flores², Jorge Martínez del Río², Daniel Águila Gordo¹, Cristina Mateo Gómez¹, Maeve Soto Pérez¹, Andrez Felipe Cubides Novoa¹, Emilio Blanco López¹, Marta Andrés Sierra¹, Beatriz Jiménez Rubio¹, Cynthia Nuez Cartango¹ y Laura Montesinos Vinader¹

¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Cardiología. Unidad de Cardiopatías Familiares. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El ventrículo izquierdo no compactado (VINC) es una entidad heterogénea que se caracteriza por una hipertrabeculación con una fina capa de miocardio compactado, con criterios morfológicos diversos. Es común que pacientes que son diagnosticados de otros tipos de miocardiopatías como la hipertrófica (MCH) o dilatada (MCD) presenten, además, criterios de VINC. Además, este rasgo puede estar presente como variante de la normalidad en deportistas o embarazadas, o incluso en otro tipo de cardiopatías, especialmente en las congénitas. El objetivo fue analizar si, dentro de cada miocardiopatía, existen diferencias en eventos clínicos diversos, así como su impacto pronóstico, en cuanto a los pacientes con VINC.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes en seguimiento por una unidad de cardiopatías familiares. Se compararon, dentro de cada miocardiopatía, los pacientes que presentaban VINC (criterios de Petersen de resonancia magnética -CRM-), junto con aquellos con compactación normal (CN), en cuanto distintos eventos clínicos como fibrilación auricular (FA) o taquicardia ventricular (TV), implante de desfibrilador automático implantable (DAI), insuficiencia cardíaca (IC), muerte o accidente cerebrovascular (ACV).

Resultados: De 2018 hasta finales de 2024 se incluyeron 707 casos índice: 192 con MCH y 93 con MCD. La edad media fue de $45,3 \pm 18,2$ años, el 54,3% varones, el 19,4% tenían insuficiencia cardíaca (clase funcional NYHA > II) y el 2,7% tenían implante de DAI. El 12,9% de los pacientes con MCH tenían VINC, así como el 20,3% de los pacientes con MCD. El VINC no se asoció a más grosor parietal ni fibrosis en MCH, pero sí con más obstrucción de tracto de salida ventricular (OTSVI, $p = 0,02$). En MCD, el VINC no se asoció a peor FEVI o más fibrosis en CRM. Durante el seguimiento el 45,3% de pacientes con MCD requirió ingreso por descompensación de IC, y el 7,7% de MCH presentó episodios de TV. La presencia de VINC no se asoció a ningún evento durante el seguimiento en pacientes con MCH. En MCD se observó que la no compactación se asoció con desarrollo de IC durante el seguimiento ($p = 0,08$).

Conclusiones: La presencia de VINC es frecuente en MCH y MCD, sin observarse en este primer grupo que esta anomalía de la compactación se asociara con peor pronóstico. En cuanto a los pacientes con MCD, aquellos con VINC tuvieron mayor tasa de descompensación por IC.