



4007-5. ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA EN NO COMPACTACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

Guillem Casas Masnou¹, Javier Limeres Freire¹, Gerard Oristrell Santamaría¹, Roberto Barriales Villa², Juan Ramón Gimeno Blanes³, Pablo García Pavía⁴, Esther Zorio Grima⁵, Eduardo Villacorta Argüelles⁶, Juan Jiménez Jáimez⁷, Antoni Bayés-Genís⁸, José Manuel García Pinilla⁹, Addison Julián Palomino Doza¹⁰, Arturo Evangelista Masip¹, Ignacio Ferreira González¹ y José Fernando Rodríguez Palomares¹¹

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid). ⁵Hospital Universitario La Fe, Valencia. ⁶Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ⁷Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ⁸Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona). ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ¹⁰Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ¹¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, CIBERCV.

Resumen

Introducción y objetivos: La no compactación del ventrículo izquierdo (NCVI) es una entidad heterogénea pobremente definida. No existe consenso respecto a la estratificación y manejo de estos pacientes. El objetivo de este estudio fue describir los predictores de eventos y definir un subgrupo de bajo riesgo.

Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo observacional de pacientes con criterios de imagen (ecocardiografía y RMC) para NCVI, consecutivos desde 2000 a 2018, seguidos en 13 unidades de referencia. Se recogieron datos demográficos, screening familiar, ECG (normal = ritmo sinusal, QRS estrecho, sin alteraciones repolarización), eco, RMC (normal = FEVI > 55% sin fibrosis) y genética (genotipo complejo = mutaciones en más de un gen). Los endpoints fueron: insuficiencia cardiaca (IC), arritmias ventriculares (AV), embolias sistémicas (ES) y muerte por cualquier causa. MACE fue la combinación de los 4 previos.

Resultados: Se incluyeron 585 pacientes, edad 45 ± 20 años, 334 (57%) hombres, FEVI $48 \pm 17\%$ y 18% con fibrosis. Durante una mediana de seguimiento de 5,1 (RIC 2,3-8,1) años, 110 (19%) pacientes presentaron IC, 87 (15%) AV, 18 (3%) ES y 34 (6%) fallecieron. Un MACE ocurrió en 223 (38%) pacientes. Los predictores independientes (tabla) de IC fueron FEVI (HR 1,08, $p = 0,001$), TAPSE (HR 1,17, $p = 0,002$), HTA (HR 3,87, $p = 0,004$) y ausencia de ritmo sinusal (HR 2,85, $p = 0,027$); de AV fueron FEVI (HR 1,02, $p = 0,047$) y sexo masculino (HR 2,14, $p = 0,041$); de ES fueron FEVI (HR 1,04, $p = 0,050$) y diámetro de aurícula izquierda (OR 1,06, $p = 0,014$) y de mortalidad fueron la edad (HR 1,07, $p = 0,001$) y el sexo masculino (HR 3,83, $p = 0,008$). La fibrosis se asoció a IC y VA en pacientes con FEVI > 35% (HR 2,69 y 2,48 respectivamente). Los pacientes con ECG y RMC normales y sin agregación familiar presentaron muy buen pronóstico (0% de MACE). Entre los pacientes con estudio genético (354, 61%), las mutaciones en TTN y los genotipos complejos se asociaron a peor FEVI y mayor riesgo de IC (HR 2,55 y 2,08 respectivamente), así como mayor riesgo de mortalidad en las TTN (HR 6,15).

Predictores independientes de eventos cardiovasculares

	IC HR (IC95%)	P	TV HR (IC95%)	P	ES HR (IC95%)	P	Muerte HR (IC95%)	P
Edad							1,07 (1,04-1,10)	0,001
Sexo			2,14 (1,03-4,46)	0,041			3,83 (1,42-10,34)	0,008
FEVI	1,08 (1,04-1,12)	0,001	1,02 (1,00-1,05)	0,047	1,04 (1,00-1,08)	0,05		
TAPSE	1,17 (1,06-1,30)	0,001						
Diámetro aurícula					1,06 (1,01-1,11)	0,014		
No ritmo sinusal	2,85 (1,13-7,20)	0,027						
HTA	3,87 (1,54-9,72)	0,004						
Fibrosis (univariado en FEVI > 35%)	2,69 (1,13-6,42)	0,025	2,48 (1,16-5,31)	0,019				
TTN (univariado)	2,55 (1,01-6,40)	0,05					6,15 (1,30-29,12)	0,02
Genotipo complejo (univariado)	2,08 (1,02-4,22)	0,04						



Curvas de supervivencia libre de eventos según FEVI.

Conclusiones: La no compactación del ventrículo izquierdo comporta un alto riesgo de eventos cardiovasculares, especialmente insuficiencia cardíaca y arritmias ventriculares, y principalmente asociado a la función sistólica del VI. El ECG, el screening familiar, la fibrosis y el genotipo parecen ser útiles en la

estratificación pronóstica de estos pacientes.