



6017-238. VALOR DIAGNÓSTICO DE LA ROTACIÓN MIOCÁRDICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA Y MIOCARDIOPATÍA DILATADA

M^a de los Reyes Oliva Encabo, Marcelino Cortés García, Miguel Ángel Navas Lobato, Miguel Orejas Orejas, Sem Briongos Figuero, Rosa Rabago Sociats, M^a Esther Martínez Fernández y Jerónimo Farré Muncharaz de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: El diagnóstico de la miocardiopatía no compactada (MNC) continúa siendo controvertido. Se ha descrito un patrón anormal de la rotación del VI (rígido o en bloque) en los pacientes (pts) con MNC. Este patrón de rotación en bloque (RBVI) se ha propuesto como herramienta útil en el diagnóstico diferencial de la MNC y la miocardiopatía dilatada (MCD). Nuestro estudio evalúa el valor del RBVI en este diagnóstico diferencial.

Métodos: Se incluyeron todos los pts con MNC y fracción de eyección (FEVI) 50% (definido mediante ecocardiografía y resonancia) diagnosticados en nuestro centro, entre enero 2012 y febrero 2014. Se creó un grupo control con pts con MCD, macheados por edad y sexo. A todos los pts se les realizó un ecocardiograma, incluyendo análisis de mecánica ventricular mediante *speckle-tracking*. Se recogieron variables morfológicas, funcionales, *strain* y rotación.

Resultados: Identificamos 10 pts que cumplían los criterios de MNC con FEVI 50%. La edad media era 54 ± 15 años con una FEVI media de $33 \pm 11\%$. Se realizó un análisis comparativo entre variables clínicas, ecocardiográficas y electrocardiográficas de ambos grupos (MNC y control MCD). La única diferencia significativa encontrada fue un mayor diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo (DTDVI) en los pts con MCD (59 ± 5 vs 52 ± 7 mm, $p 0,05$). Entre las variables de *strain*, solo la rotación del ventrículo izquierdo presentó diferencias entre los grupos. Todos los pts con MNC, excepto uno, presentaron RBVI. Entre los pts con MCD, dos de ellos (20%) presentaron RBVI. En el análisis de subgrupos, al comparar los pacientes con MCD y RBVI con el resto de pts del grupo control, se observaron diferencias significativas en la FEVI (13 ± 4 vs $27 \pm 12\%$, $p 0,05$), *strain* longitudinal global (-4 ± 0 vs -12 ± 2 , $p 0,01$), DTDVI (64 ± 1 vs 58 ± 5 mm, $p 0,05$) y diámetro de aurícula izquierda (62 ± 9 vs 51 ± 4 mm).

Conclusiones: La RBVI se ha propuesto como un criterio objetivo y reproducible en el diagnóstico diferencial entre MNC y MCD. Pero de acuerdo a nuestros datos, la RBVI no es exclusivo de la MNC y puede encontrarse en otros pts con MCD (probablemente en aquellos que presentan mayor deterioro mecánico y funcional del VI). La RBVI tendría un papel potencial en diagnóstico de la MCN como un dato adicional dentro del conjunto de criterios diagnósticos funcionales y morfológicos.