



6014-5. PRONÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS DE LA CARDIORRESONANCIA EN LA MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA CON Y SIN FIBROSIS ASOCIADA

Zoser Saura Carretero, Beatriz Pérez Martínez, José Carlos López Clemente, Marta Merelo Nicolás, Luis Asensio Payá, Ángela Fernández Costa, Ana Laura Valcárcel Amante, Rafael León Allocca, María del Carmen Guirao Balsalobre, Bettina de Berardinis Moreno, Eloy Mite Salazar, María Jesús Gayán Belmonte, Josefa Pérez-Templado Ladrón de Guevara, Juan Antonio Castillo Moreno y Federico Soria Arcos

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: La no compactación miocárdica (NCM) y la miocardiopatía no compactada (MCNC) comparten rasgos fenotípicos (ausencia de compactación miocárdica) pero tienen probable diferente pronóstico. La presencia de disfunción o dilatación del ventrículo izquierdo (VI) o de fibrosis (RTGd+) establece la sospecha de MCNC. Analizamos el valor pronóstico de la MCNC (con y sin RTGd+) en nuestra serie hospitalaria, comparándolos entre sí y con NCM.

Métodos: Estudio analítico, observacional, retrospectivo, unicéntrico. De las 1200 cRMN realizadas en nuestro centro (2012-2021), seleccionamos aquellas con criterios de NCM (relación miocardio no compactado/compactado > 2,3). Se definió MCNC si existía además dilatación de VI (iVTDVI > 92 ml/m² en hombre y > 81 ml/m² en mujer), disfunción de VI (FEVI 52% en hombre y 54% en mujer) o RTGd+. Se definió un *endpoint* combinado (EP) de ingreso hospitalario, muerte cardiovascular, ictus o evento arrítmico. Se recogieron las características de la imagen cardiaca de los pacientes, así como su evolución. Se estudiaron las diferencias entre subgrupos y se analizó el impacto pronóstico de la presencia de MCNC y RTGd+.

Resultados: 70 pacientes cumplieron criterios de NCM: 11 NCM aislada (15,7%) y 59 MCNC (84,3%). Un 67,1% eran hombre, edad 39,3 ± 17 a. Durante un seguimiento medio de 46,6 meses, 1 paciente (9%) presentó EP en el grupo NCM frente a 19 (32%) en MCNC (p = 0,11). Doce pacientes (17%) precisaron ingreso hospitalario, todos ellos en grupo MCNC. En el grupo de MCNC, 11 pacientes (18,6%), presentaron RTG+ mostrando (en comparación con RTGd-), no diferencias en edad media (44,8 ± 16,9 vs 38,22 ± 16,9 años; p = 0,24), iVTDVI significativamente mayor (125,5 ± 33,6 vs 108,9 ± 38,6 ml/m², p = 0,02) y FEVI significativamente menor (49,3 ± 18 vs 54 ± 12,7%, p = 0,03). Se alcanzó EP en 5/11 pacientes (45,5%) del grupo RTGd+ frente a 8/48 pacientes (16,6%) del grupo RTGd-, sin diferencias significativas. No hubo ningún fallecimiento.

Conclusiones: La presencia de MCNC se asoció a mayor porcentaje de EP, aunque sin diferencias significativas. Aquellos con MCNC que asociaron RTG+, tenían menor FEVI, mayor iVTDVI y una mayor proporción de eventos en el seguimiento, aunque esta última sin diferencias significativas dado el escaso tamaño muestral. Son precisos estudios más amplios para indagar en las diferencias pronósticas de estas dos entidades.