

VI no compactado (LVNC) - 2017

Dr. Andrés R. Pérez Riera

En el **VI no compactado (LVNC)** se describen 6 formas clínicas:

1. **LVNC con tamaño VI normal:** LVNC aislado, en el que las trabeculaciones anormales se asocian con el tamaño normal del VI, el grosor y la función sistólica y diastólica están preservados en ausencia de otra enfermedad cardíaca estructural sin evidencia de arritmias. Clínicamente, este subgrupo parece ser benigno durante la infancia y aproximadamente el 25% de todos los sujetos. Estos individuos hacen bien menos arritmias ventriculares. Este subgrupo debe ser seguido anualmente en la clínica ambulatoria y los pacientes no son tratados con medicamentos ni restringidos de las actividades

2. **LVNC aislado con arritmias:** hay tamaño normal del VI, en grosor, y función con métodos de imagen, pero el cuadro predominante son las arritmias. Estos pacientes parecen tener un elevado riesgo de eventos y requieren un seguimiento más estrecho y una intervención terapéutica con medicación o CDI, dependiendo de la arritmia específica y de los síntomas asociados. Las arritmias observadas incluyen TV, FV, bloqueo AV, taquicardia supraventricular y FA. La pre-excitación y los voltajes extremos son también hallazgos comunes en ECG, particularmente en niños.

3. **La forma dilatada de LVNC** imita clínicamente la miocardiopatía dilatada (DCM), con un VI trabeculado dilatado con función sistólica deprimida. El seguimiento de estos pacientes es similar al de DCM. Una importante característica diferenciadora es la posibilidad de que conviertan en un "fenotipo ondulante" en el que el corazón cambia su apariencia a una forma hipertrófica con un tamaño, grosor y función del VI normal en la ecocardiografía, pero luego vuelve al fenotipo similar al DCM. Los ECG de estos pacientes, en particular los niños pequeños, pueden incluir la preexcitación con o sin aumento severo de voltaje, particularmente en las intermedias V3-V4, y arritmias

4. La forma hipertrófica de LVNC

5. Forma restrictiva de LVNC

6. LVNC biventricular: tiene afectación de ambos ventrículos y focos tanto de VD (TV Monomórfica con patrón de BCRI) y otro foco en el VI que origina extrasístoles monomórficas con morfología de LPFB por lo que se originan de la parte antero-lateral del VI. El eco puede confirmar esto.