



**101 EDITORIAL**

*Sergio V. Perrone*

**CONSENSO**

**102 1º Directiva Latinoamericana para la evaluación y conducta en la insuficiencia cardíaca descompensada. Parte III**

*Grupo de Estudio de Insuficiencia Cardíaca (GEIC) del Departamento de Clínica de la Sociedad Brasileira de Cardiología y el Departamento de Directivas de la Sociedad Brasileira de Cardiología. Desarrollada en colaboración con las Sociedades Latinoamericanas de Cardiología*

**UPDATE (Original language)**

**119 Left Ventricular Noncompaction, a Recently Recognized Form of Cardiomyopathy**

*Javier Ganame, MD; Nancy A. Ayres, MD; Ricardo H. Pignatelli, MD*

Left ventricular noncompaction (LVNC) is a recently and increasingly recognized form of cardiomyopathy. It is characterized by the presence of an extensive trabeculated layer of myocardium and multiple deep intertrabecular recesses reinforcing the luminal aspect of the compacted part of the ventricular wall. It is probably secondary to an arrest of the normal process of compaction that occurs early in fetal life. LVNC seems to be a morphologic abnormality with genetic heterogeneity; both familial and isolated cases have been described. A few causal mutations have been discovered. Clinically, LVNC presents with: heart failure (usually severe), systemic embolism, arrhythmia or sudden death. Association of LVNC with other congenital heart and neuromuscular diseases has been reported. The diagnosis is generally made by the echocardiographic demonstration of a thick noncompacted layer with a maximal noncompacted to compacted ratio  $> 2$ ; flow from the left ventricular (LV) cavity into the intertrabecular recesses; and areas of hypokinesia with depressed systolic and diastolic function. Also, magnetic resonance imaging appears promising to increase the diagnostic accuracy. Prognosis was initially thought to be very poor; but this belief has changed in the last years. There is no specific therapy for LVNC, so patients are treated with digoxin, inhibitors of angiotensin converting enzyme, diuretics and beta blockers. Anticoagulation is recommended after embolic episodes. Cardiac transplantation remains as the last option for cases refractory to medical therapy.

**ACTUALIZACION (Versión en español)**

**125 Ventrículo izquierdo no compactado: una forma de miocardiopatía recientemente reconocida**

*Javier Ganame, MD; Nancy A. Ayres, MD; Ricardo H. Pignatelli, MD*

El ventrículo izquierdo no compactado (VINC) es una forma de miocardiopatía recientemente reconocida. Se caracteriza por la presencia de una extensa capa trabeculada de miocardio con múltiples y profundos recesos intertrabeculares sobre el lado endocavitario de la porción compactada de la pared ventricular. Es probablemente secundario a una detención del proceso normal de compactación de la pared ventricular que ocurre tempranamente en la vida fetal. El VINC parece ser una anomalía morfológica con heterogeneidad genética; describiéndose dos variedades: una familiar y otra aislada. Algunas mutaciones causales han sido descubiertas. Clínicamente, el VINC presenta: insuficiencia cardíaca (habitualmente severa), embolia sistémica, arritmias o muerte súbita. Se ha reportado la asociación de VINC con otras cardiopatías congénitas y con enfermedades neuromusculares. El diagnóstico es generalmente realizado por la demostración ecocardiográfica de una gruesa capa miocárdica no compactada con una relación miocardio *no compactado/compactado*  $> 2$ ; existencia de flujo desde la cavidad ventricular izquierda dentro de los recesos intertrabeculares y áreas de hipoquinesia con función ventricular global deprimidas. El uso de resonancia magnética cardíaca parece aumentar la exactitud diagnóstica. Inicialmente, se pensaba que el pronóstico era malo, pero esta creencia ha cambiado en los últimos años. No hay ningún tratamiento específico para el VINC, por ello los pacientes son tratados con digoxina, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, diuréticos y beta bloqueantes. La anticoagulación está recomendada si se producen episodios embólicos. El trasplante cardíaco permanece como la última opción para los casos refractarios al tratamiento médico.

**RIÑON E INSUFICIENCIA CARDIACA**

**¿Síndrome cardiorenal o renocardíaco? Un desafío médico**

**131 Parte I**

*Mónica G. Sultan y José N.L. Osso*

No ha sido bien consensuada una definición apropiada del síndrome cardiorenal (SCR). Actualmente, se acepta que sería la presencia de falla cardíaca y renal concomitante, con sobrecarga de volumen y resistencia a las diferentes terapias estándares para esta patología, con mayor exacerbación de los síntomas.

En pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), ya sea con función sistólica ventricular izquierda (FSVI) deprimida o no, el tratamiento de la misma, puede provocar deterioro de la función renal (FR), complicando el tratamiento aún más de la IC y empeorando el pronóstico.

Los autores realizan una breve reseña sobre la asociación entre insuficiencia renal y cardíaca como reconocidos factores de riesgo independientes para morbimortalidad.

136 **AGENDA**

**ARTICULO DE OPINION**

137 **Estatinas en la insuficiencia cardíaca**

*Alceo R. Barrios*

Existen evidencias reportadas en varios ensayos, demostrando que independientemente de los niveles de colesterol, las estatinas cumplen un rol beneficioso en las patologías cardiovasculares. Este resultado se interpreta como el efecto pleiotrópico de estos fármacos. Los efectos pleiotrópicos actuarían sobre la inflamación, la disfunción endotelial y el estado pro-trombótico que se observa en los síndromes coronarios agudos (SCA), pero en parte o en su totalidad, pueden favorecer la evolución de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Hacia este beneficio apunta el estudio *GISSI Heart Failure* que espera encontrar una reducción del 15% en la mortalidad total o un 20% de reducción en la mortalidad y en la hospitalización en pacientes con falla de bomba sintomática, utilizando ácidos grasos poliinsaturados y estatinas. Ya en el registro *GESICA* se demostró que en un seguimiento a 31 meses la mortalidad de los pacientes con IC crónica se redujo en un 10%, ya sea de origen isquémico o no. Más aún, existe una publicación (5), que demostró el uso benéfico de estatinas en pacientes con cardiomiopatía dilatada no isquémica con una fracción de eyección < a 35% en los cuales la utilización de estos agentes en un seguimiento a 12 meses incrementó de manera significativa la función sistólica medida por ecocardiograma.

**WORKSHOP DE BETA BLOQUEANTES EN INSUFICIENCIA CARDIACA - PARTE I**

139 **Estudio MERIT-HF. Metoprolol en insuficiencia cardíaca**

Metoprolol CR/XL (Extended-Release) Randomized Intervention Trial in Heart Failure (MERIT - Heart Failure)

*Sergio V. Perrone, Carlos Poy, Oscar Allall, Guillermo Allende, Marcos Amuchástegui, Roberto Colque, Fabián Diez, Alfredo D'Ortencio, Rodolfo Sarjanovich, Héctor Tacchi, Félix Zelaya*

Se publica la primera parte de este Workshop presentando al Estudio MERIT-HF por el Dr. Carlos Poy.

## **INTERCONSULTAS EN INSUFICIENCIA CARDIACA**

145

### **Apnea del sueño e insuficiencia cardíaca**

#### **Un proceso nocturno cuyas consecuencias se evidencian durante el día**

*María Angela Oxilia Estigarribia*

Diversos estudios han puesto en evidencia que la presencia de trastornos respiratorios durante el sueño deteriora la calidad de vida, genera la aparición de complicaciones cardiovasculares (CV), cerebrovasculares, accidentes de tránsito y un exceso de mortalidad. El riesgo relativo de accidentes cerebrovasculares (ACV), enfermedad coronaria e infarto de miocardio varía desde 1,5 a 4 en roncadorees comparado con no roncadorees. El *síndrome de apneas-hipopneas* durante el sueño presenta una definida asociación con insuficiencia cardíaca (IC). Una limitación importante de las Guías de evaluación y tratamiento de IC crónica es el énfasis en el paciente despierto.

La autora propone un enfoque que presupone que cualquier mecanismo que podría contribuir a la fisiopatología o progresión de la IC está quiescente durante el sueño.

## **ASISTENCIA CIRCULATORIA**

149

### **Contrapulsación externa, una vieja nueva terapia**

*Jorge I. Mendez*

La contrapulsación externa (CPE) es un método ambulatorio no invasivo de asistencia circulatoria basado en el principio de la contra pulsación.

Inicialmente pensada para su aplicación como complemento terapéutico para pacientes con enfermedad coronaria crónica y sin deterioro significativo de la función ventricular, en quienes las terapias convencionales, tanto clínicas como quirúrgicas, no fueron efectivas. La CPE ha ganado terreno en el tratamiento de diversas situaciones isquémicas: coronaria, cerebral, renal, etc.; tanto crónicas como agudas, con buenos resultados a largo plazo.

Se presenta una breve reseña y la utilidad del procedimiento en el tratamiento de la angina para pacientes no aptos a angioplastia o cirugía de revascularización miocárdica, o como complemento en pacientes de alto riesgo con revascularización incompleta o angina residual.