



6019-100. ¿CÓMO SE TRATA EN CATALUÑA LA OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA?

Pablo Carrión Montaner¹, Laura Guillamón Torán², Jara Gayán Ordás³, Marta Campreciós Crespo⁴, Eva Guillaumet², Núria Casanovas², Claudia Scardino⁵, Germán Cediel Calderón⁶, Montserrat Cardona Ollé⁷, Sonia Ruíz Bustillo⁸, Coloma Tiron de Llano⁹, Montserrat Ayats Delgado¹⁰, Paola Rojas¹, Gabriel Torres Ruiz¹ y Antonio Martínez Rubio¹

¹Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, ²Cardiología. Departamento de Imagen Cardíaca. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona), España, ³Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, ⁴Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, ⁵Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España, ⁶Cardiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España, ⁷Cardiología. Complex Hospitalari Moisès Broggi, Barcelona, España, ⁸Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ⁹Cardiología. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España y ¹⁰Cardiología. Hospital General de Granollers, Granollers (Barcelona), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO) es una enfermedad heterogénea que a menudo precisa de técnicas invasivas para tratar los síntomas, como miectomía, ablación-septal-alcohol (ASA) o implantación de marcapasos definitivo, todo esto precipitado por la escasa respuesta al tratamiento farmacológico. Desconocemos su uso en nuestro ámbito. El objetivo de nuestro trabajo es analizar como tratamos la obstrucción del trato de salida del ventrículo izquierdo en nuestro medio.

Métodos: A partir del registro MIHCAT (Miocardiopatía hipertrófica en Cataluña), se trata de un estudio multicéntrico, observacional, transversal, con inclusión prospectiva, hemos analizado los pacientes con MHO, registrados en Cataluña.

Resultados: Se han incluido 285 pacientes con miocardiopatía hipertrófica de los cuales 46,7% tienen MHO con un gradiente medio $79,5 \pm 33,3$ mmHg, el espesor parietal máximo promedio es de $19,1 \pm 3,6$ mm, predominantemente asimétrico 87%, la fracción de eyección es $68 \pm 6,5\%$, tienen insuficiencia mitral moderada o grave el 36,8%. Están sintomáticos un 80,5%, siendo el síntoma más frecuente la disnea 80,5%, seguido de la angina 30,8% y el síncope 9,7%. Todos ellos fueron tratados farmacológicamente, recibiendo tratamiento médico óptimo con bloqueadores beta un 84,9%, con verapamil un 15,7% y disopiramida un 18,8%. Se ha realizado miectomía 18,8%, tenían una edad media de $54,4 \pm 16,2$ años. Quirúrgicamente se realizó: reparación mitral 54,2%, llegando a requerir implantación de prótesis mitral 16%, aneurismectomía en un paciente y cirugía de la fibrilación auricular a tres. A partir del 2016 detectamos un aumento significativo en el número de miectomías realizadas. Han sido tratados con ASA un 3,7%, tenían menor grosor septal ($17 \pm 1,4$ vs $22 \pm 6,35$ mm) y una tendencia a tener una edad media más avanzada $63,8 \pm 22,8$ años con respecto a las MHO tratadas con miectomía. La implantación de marcapasos, como tratamiento de la obstrucción se ha realizado en 4,5%, con una edad media de $69,5 \pm 6,5$ años.

Variables

Tratamiento de la miocardiopatía hipertrófica	N (285)	
Gradiente obstructivo, mmHg	80 ± 32	
Diámetro telediastólico, mm	44,9 ± 6,36	
Obstrucción del tracto de salida, % (n)	46,7 (133)	
Grosor parietal, mm	19,1 ± 3,6	
HVI asimétrica, % (n)		87,2 (116)
Concéntrica		5,2 (7)
Medioventricular		3,7 (5)
Apical	3,7 (5)	
FEVI, %	68 ± 6,52	
Afectación mitral orgánica, % (n)	22,5 (25)	
Insuficiencia mitral moderada-grave, % (n)	36,8 (49)	
Asintomáticos, % (n)	19,5 (26)	
Síntomas. Presentación	Disnea, % (n)	80,5 (85)
Angina, % (n)	63,9 (41)	
Síncope, % (n)	30,3 (13)	
Tratamiento farmacológico	Bloqueadores beta, % (n)	84,9 (113)
Verapamilo, % (n)	15,7 (21)	

Disopiramida, % (n)	18,8 (25)	
Tratamiento invasivo	Miomectomía, % (n)	18,8 (25)
ASA, % (n)	3,7 (5)	
Marcapasos, % (n)	4,5 (3)	
FEVI: fracción de eyección; HV: hipertrofia ventricular izquierda; ASA: ablación-septal-alcohol.		

Conclusiones: En nuestra cohorte casi la mitad de las miocardiopatías hipertróficas son obstructivas, mayoritariamente sintomáticas por disnea. Reciben tratamiento invasivo de la obstrucción una cuarta parte de los pacientes, mayoritariamente miectomía asociada a la corrección de otras anomalías que se han realizado sobre todo en los últimos años.