



5023-6. MODO ÓPTIMO DE ESTIMULACIÓN EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA

Diego Penela Maceda¹, Felip Burgos Rincón¹, Josep Roca Torrent¹, Marta Sitges Carreño¹, Ramón Brugada Terradellas², Lluís Mont Gibrau¹, Josep Brugada Terradellas¹ y Antonio Berrueto Sánchez¹ del ¹Hospital Clínic, Universitat de Barcelona y ²Universitat de Girona.

Resumen

Introducción: La estimulación biventricular (EBV) ha demostrado que puede ser más beneficiosa que la estimulación de ventrículo derecho para la reducción del gradiente obstructivo (GO) en pacientes sintomáticos con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO). La fusión entre el QRS estimulado y el QRS intrínseco puede reducir los beneficios de la terapia.

Métodos: La presencia de fusión fue evaluada en 21 pacientes sintomáticos con MHO y GO grave en los cuales se implantó un dispositivo de EBV. La evaluación fue retrospectiva en los primeros 12 pacientes y posteriormente 11 pacientes (9 nuevos implantes y 2 pacientes seleccionados de la primera población) fueron incluidos en un estudio prospectivo para evaluar el “modo optimo de estimulación” al realizar una ablación del nodo aurículo-ventricular (ANAV) en los pacientes con fusión tras EBV y así conseguir una preexcitación completa del ventrículo.

Resultados: Siete (58%) de los primeros 12 pacientes presentaron fusión. Tras 54 ± 24 meses de EVB, la presencia de fusión se asoció con una menor reducción del GO en reposo ($30 \pm 31\%$ vs $70 \pm 30\%$ $p = 0,117$), GO dinámico ($39 \pm 27\%$ vs $74 \pm 26\%$, $p = 0,03$), y clase NYHA ($0,7 \pm 0,75$ vs $1,2 \pm 1,3$, $p = 0,64$). En los pacientes prospectivamente evaluados, el GO en reposo bajo de 100 ± 38 mmHg a 39 ± 26 mmHg ($p = 0,018$); la clase NYHA mejoró desde $2,8 \pm 0,4$ a $1,7 \pm 0,6$ ($p = 0,014$); el test de 6 minutos mejoró desde 403 ± 115 a 423 ± 103 metros ($p = 0,12$); la prueba de esfuerzo cardiopulmonar (estado estable) mejoró de 410 ± 137 hasta 710 ± 273 segundos ($p = 0,043$); la calidad de vida (test de Minnesota) mejoró de 49 ± 23 a 16 ± 17 puntos ($p = 0,018$) y los niveles de BNP disminuyeron desde 363 ± 227 hasta 155 ± 116 pg/mL ($p = 0,14$) tras 12 meses de seguimiento. 8 (73%) de ellos requirieron ANAV observándose una reducción adicional del GO de 108 ± 40 basal a 89 ± 29 tras EVB a 54 ± 22 mmHg tras AVNA ($p = 0,003$).

Conclusiones: La fusión entre QRS estimulado y QRS nativo está presente en un alto porcentaje de pacientes sometidos a EBV y reduce el beneficio de la terapia. En pacientes con fusión la AVAN consigue una reducción adicional del GO. La EBV asegurando la ausencia de fusión parece ser el modo óptimo de estimulación en pacientes seleccionados con MHO y mejora significativamente la capacidad funcional y la calidad de vida.