



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

Diego Penela Maceda<sup>1</sup>, Felip Burgos Rincón<sup>1</sup>, Josep Roca Torrent<sup>1</sup>, Marta Sitges Carreño<sup>1</sup>, Ramón Brugada Terradellas<sup>2</sup>, Lluís Mont Gibrau<sup>1</sup>, Josep Brugada Terradellas<sup>1</sup> y Antonio Berrueto Sánchez<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Clínic, Universitat de Barcelona y <sup>2</sup>Universitat 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 óptimo 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  $54 \pm 24$  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 bajó de  $100 \pm 38$  mmHg a  $39 \pm 26$  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  $403 \pm 115$  a  $423 \pm 103$  metros ( $p = 0,12$ ); la prueba de esfuerzo cardiopulmonar (estado estable) mejoró de  $410 \pm 137$  hasta  $710 \pm 273$  segundos ( $p = 0,043$ ); la calidad de vida (test de Minnesota) mejoró de  $49 \pm 23$  a  $16 \pm 17$  puntos ( $p = 0,018$ ) y los niveles de BNP disminuyeron desde  $363 \pm 227$  hasta  $155 \pm 116$  pg/mL ( $p = 0,14$ ) tras 12 meses de seguimiento. 8 (73%) de ellos requirieron ANAV observándose una reducción adicional del GO de  $108 \pm 40$  basal a  $89 \pm 29$  tras EVB a  $54 \pm 22$  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.