Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 705

Revista Española de Cardiología

6027-366. ABLACIÓN SEPTAL CON ALCOHOL EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA SINTOMÁTICA: RESULTADOS DE UN CENTRO

Alejandra Carbonell San Román[1], Luisa Salido Tahoces[1], José Luís Mestre Barceló[1], Rosa Ana Hernández-Antolín[1], José Luis Moya Mur[1], Francisco Hernández Pérez[2], Carlos Moreno Vinués[1] y José Luis Zamorano Gómez[1] del [1]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y [2]Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Resumen

Introducción: La ablación septal percutánea con alcohol (ASP) es una opción terapéutica en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) sintomática refractaria a tratamiento médico. Evaluamos los resultados a medio plazo en los pacientes tratados con ASP en nuestro centro.

Métodos: Se incluyeron un total de 13 pacientes con MCHO en CFIII-IV refractarios a tratamiento médico en los que se consideró ASP como tratamiento entre 2010-2013. Se realizó un seguimiento clínico y ecocardiográfico de todos los pacientes tratados.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes (23% varones, n = 3), la edad media fue de 67,9 ± 10,8 años, previamente en tratamiento con betabloqueantes (69,2%) o calcioantagonistas (30,8%). El 76,9% presentaron bloqueo AV completo transitorio posprocedimiento con recuperación del ritmo sinusal en las primeras 24 horas, salvo 3 casos que requirieron implante de marcapasos definitivo. La CPK máxima fue de 1421,08 ± 550,3 con la troponina pico 71,4 ± 100. Se realizó un estudio ecocardiográfico previo al procedimiento, a los 3 meses y al año cuyos resultados se muestran en la tabla. El gradiente basal del tracto de salida del VI se redujo de forma significativa (p = 0,008) al igual que el grado de insuficiencia mitral (p = 0,03) sin encontrarse diferencias significativas en los diámetros ventriculares ni el septo interventricular. En el seguimiento anual, todos los pacientes presentaban una mejoría de la clase funcional sin reingresos cardiológicos posteriores al procedimiento.

	Basal	3 meses	12 meses
DtdVI (mm)	43,7 ± 6,6	39,2 ± 16,6	44,63 ± 3,2
DtsVI (mm)	25,5 ± 4,9	23,4 ± 9,9	25,5 ± 2,9
SIV (mm)	20,6 ± 3,7	18,3 ± 2,6	15,3 ± 1,9

GP TSVI	85 ± 40,0	35,1 ± 33,2	16,4 ± 15,2
DtdVI: diámetro telediastólico de VI; DtsVI: diámetro telesistólico de VI; SIV: septo interventricular; IM: insuficiencia mitral, GP TSVI: gradiente del tracto de salida de VI.			

Conclusiones: La ASP parece reducir el gradiente del TSVI mejorando la sintomatología, por lo que puede ser una opción terapéutica a considerar en pacientes seleccionados.