



7003-2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. EXPERIENCIA A LARGO PLAZO EN UN HOSPITAL

Luis Eduardo Ricci Tovar, Esther González López, Alberto Forteza Gil, Pablo García Pavía, Evaristo Castedo Mejuto, Carlos Esteban Martín López, Marta Cobo Marcos y Yazmin Yibeli Vera Ramírez del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento médico en la miocardiopatía hipertrófica con obstrucción dinámica en el tracto de salida del ventrículo izquierdo controla los síntomas en el 90% de los casos. Los pacientes que no responden se pueden beneficiar con las terapias de reducción septal (miectomía o ablación septal). El objetivo de este estudio fue analizar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la miocardiopatía hipertrófica.

Métodos: Se estudiaron de forma retrospectiva 69 pacientes sometidos a miectomía septal ampliada desde junio de 1993 a enero de 2016. Se midió por ecocardiografía el grosor del septo interventricular, el gradiente en el tracto de salida del ventrículo izquierdo, el grado de insuficiencia mitral y si había movimiento anterior sistólico de la válvula mitral en la fase preoperatoria y durante el seguimiento.

Resultados: La edad media fue de 56 ± 13 años. El 67% de los pacientes estaba en clase funcional III-IV de la NYHA a pesar de tratamiento médico óptimo tolerado. En el estudio ecocardiográfico el grosor medio del septo interventricular fue de 22 ± 4 mm y el gradiente medio basal en el tracto de salida de 94 ± 33 mmHg. El 74% de pacientes presentaba insuficiencia mitral moderada o grave, asociada a SAM en el 89% de casos. La técnica quirúrgica fue la miectomía septal ampliada en 58 pacientes (asociada a plicatura del velo anterior de la válvula mitral en el 71%, aislada en el 26%, y asociada a plastia mitral vía atriotomía izquierda en el 3%) A 11 pacientes se realizó miectomía septal ampliada más reemplazo de la válvula mitral. Entre las complicaciones postoperatorias las más frecuente fueron la fibrilación auricular (28%), seguida de la necesidad de implante de marcapasos permanente (6%). No hubo más morbilidad destacable. La mortalidad temprana fue del 1,44% (1 paciente). Con un seguimiento medio de 71 ± 60 meses, el 92% de los pacientes presentaban un gradiente medio en el tracto de salida ≤ 30 mmHg y el 98% una insuficiencia mitral menor o igual a leve. El 98% de los pacientes estaba en clase funcional I-II de la NYHA. No hubo diferencias significativas entre realizar miectomía aislada o asociar técnicas sobre la válvula mitral.

Conclusiones: La miectomía septal ampliada es segura y efectiva en el tratamiento de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva, con buenos resultados funcionales y hemodinámicos a largo plazo.