Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 118

Revista Española de Cardiología

5008-6. MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA TRATADA CON MARCAPASOS BIVENTRICULAR Y ABLACIÓN DE NODO AV-SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Markus Linhart, Ada Doltra, Diego Penela, Mikel Martínez, Felip Burgos, Juan Acosta, Lluís Mont y Antonio Berruezo del Hospital Clínic, Departamento de Cardiología, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Previamente, hemos reportado la eficacia de la estimulación biventricular, en combinación con ablación del nodo AV (ANAV), si era necesaria para evitar la fusión electrocardiográfica con QRS intrínseco, en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) y contraindicaciones o negativa del paciente a miectomía quirúrgica o ablación septal con alcohol. Los parámetros clínicos y la reducción del gradiente del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) fueron favorables en el seguimiento a los 12 meses. Ahora presentamos el resultado a largo plazo de los pacientes con MCHO que fueron tratados con estimulación biventricular y, en caso necesario, ANAV.

Métodos: Se realizó un seguimiento a largo plazo de 30 pacientes con MCHO tratados con estimulación biventricular, incluido el análisis de parámetros clínicos, BNP, ecocardiográficos y la prueba de marcha de 6 minutos (PM6M). Los respondedores clínicos (RC) se definieron como los pacientes con un aumento absoluto ? 1 punto en la clase funcional NYHA o un aumento ? 10% en el PM6M.

Resultados: 28 de 30 pacientes (62 ± 18 años, 64% mujeres) se sometieron a un implante exitoso de marcapasos biventricular. Después de una mediana de seguimiento de 44 (27-88) meses 2 pacientes fallecieron de muerte no cardiaca. 20/28 pacientes fueron RC (10 en uno y 10 en ambos parámetros) y 8/28 de los pacientes no fueron RC. En los RC, la NYHA mejoró de 3,0 ± 0,5 a 1,8 ± 0,6 (p 0,0001) y PM6M de 346 ± 110 m a 459 ± 128 m (p 0,0001). El gradiente medio del tracto de salida del ventrículo izquierdo (LVOT) en RC disminuyó de 86 ± 34 mmHg a 31 ± 31 mmHg (p 0,0001); y el gradiente medio dinámico (evaluado durante la maniobra de Valsalva) de 100 ± 33 mmHg a 47 ± 24 mmHg (p > 0,001). No hubo diferencias significativas en cuanto a la edad, el sexo, la NYHA basal, fibrilación auricular, BNP, gradiente en TSVI o fracción de eyección del ventrículo izquierdo entre ambos grupos. El grosor septal interventricular diastólico basal (IVSd) fue significativamente mayor en los no RC que en los RC (25,8 ± 5,1 frente a 20,0 ± 4,5 mm, p = 0,02).

Conclusiones: La estimulación biventricular, combinado con ANAV (si es necesario) es una opción de tratamiento eficaz y duradera para los pacientes con MCHO que no son susceptibles de miectomía quirúrgica o ablación septal con alcohol. El IVSd basal fue menor en RC que en los no RC.