Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 877

Revista Española de Cardiología

6030-185. CORRECCIÓN DE LOS DEFECTOS DE LA VÁLVULA MITRAL COMO TÉCNICA ASOCIADA A MIECTOMÍA SEPTAL EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Daniel Patricio Zambrano Arcentales, Miguel Ángel Ríos Monje, Antonio González Calle, María Luisa Peña Peña, Rosario Flaño Lombardo y José E. López Haldón

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La miectomía septal es el tratamiento de elección en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) con persistencia de síntomas a pesar tratamiento médico y con bajo riesgo quirúrgico. En centros experimentados y casos seleccionados se han documentado mortalidades 1%. Hay centros que realizan miectomía septal extendida aislada, mientras que otros como el nuestro abogan por un abordaje más amplio de la cardiopatía, con especial atención a los defectos del aparato mitral. El propósito de este estudio es aportar la experiencia de nuestro centro en esta cirugía, y en concreto analizando el abordaje sobre de las anomalías del aparato mitral.

Métodos: Se incluyeron 33 pacientes adultos intervenidos desde 12-2013 a 03-2024.

Resultados: La edad media fue de 59 años (35-79 años), 21 (63,6%) fueron hombres. La clase funcional de la New York Heart Association (NYHA) fue III-IV en 16 (48,5%), II en 14 (42,4%) y I en 3 pacientes (9,1%). La media del gradiente previo a cirugía fue de 93,9 ± 38,6 mmHg. La media del grosor septal fue de 19,9 ± 2,9 mm. Se realizó miectomía septal en 32 casos (97%). La sustitución de la válvula mitral se realizó en 13 (39,4%): en 4 (12,1%) como parte de la estrategia quirúrgica inicial, en 3 (9,1%) tras los hallazgos intraoperatorios y en otros 6 (18,2%) por persistencia de movimiento sistólico anterior. En 20 (60,6%) se realizó reparación de la válvula mitral. Entre las técnicas empleadas en la reparación la más frecuente fue la sección de cuerdas secundarias, en 18 (54,5%). 3 (22,7%) desarrollaron complicaciones en el posoperatorio que precisaron reintervención. La mortalidad operatoria fue del 9% (3 casos, uno de ellos en relación con la técnica quirúrgica y otros dos tenían alto riesgo preoperatorio y enfermedad muy evolucionada). No hubo muertes de causa cardiovascular durante el seguimiento (34 meses). La mejora de la clase NYHA fue de 2 puntos en 13 casos (39,39%), 1 punto en 14 (42,42%) y sin mejoría en 6 (18,18%). En 5 casos (15,2%) se registraron gradientes > 30 mmHg en el tracto de salida tras la cirugía.

Conclusiones: La cirugía de la MCHO es técnicamente compleja y no exenta de riesgo. Los resultados son muy dependientes del volumen y la experiencia del centro. El abordaje integral con corrección concomitante de las anomalías del aparato mitral es de elección en muchos centros, con resultados de mejoría de la clase funcional y del gradiente obstructivo.