



6036-309. ABLACIÓN SEPTAL PERCUTÁNEA CON ALCOHOL EN EL TRATAMIENTO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA SINTOMÁTICA: UNA TÉCNICA EFICAZ Y SEGURA

Anai Moreno Rodríguez, Alfonso Torres Bosco, Miren Maite Alfageme Beovide, Mercedes Sanz Sánchez, Santiago García Mancebo, Marta Torres Fernández, Irene Juanes Domínguez, Ane Aboitiz Uribarri, Ángel María Alonso Gómez, Javier Rekondo Olaetxea y María Robledo Iñarritu, del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica europeas sobre miocardiopatía hipertrófica recomiendan valorar la reducción septal mediante técnicas invasivas (IIa), en aquellos pacientes con un gradiente máximo al tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) ≥ 50 mmHg que presenten una clase funcional (CF) ≥ 2 o síncope de esfuerzo pese a tratamiento médico máximo. La ablación septal percutánea ha demostrado ser una opción razonable para este grupo de pacientes.

Métodos: Se describen los principales resultados de seguridad y eficacia de los 10 procedimientos de ablación septal realizados en nuestro centro de octubre de 2014 a noviembre de 2018.

Resultados: En el 40% de los pacientes se realizó ablación de una única septal, en el 50% de 2 y en un 10% de 3. El gradiente TSVI inmediato fue de $27 \pm 17,2$ mmHg, lo que supone una reducción media de $85,6 \pm 30,4$ mmHg. A los 30 días, en el 50% de los pacientes el gradiente del TSVI se mantuvo por debajo del 50% (gradiente medio $48,4 \pm 34,9$ mmHg). Al año de seguimiento el 80% de los pacientes mantuvo una CF ≥ 2 , sin ningún episodio de síncope ni ingresos por causa cardiovascular. En el análisis por regresión logística, no se ha encontrado asociación entre la mejoría de la CF al año y ninguna de las variables analizadas. Dos pacientes (20%) se sometieron a una nueva intervención en el seguimiento. Ningún paciente falleció ni presentó eventos cardiovasculares adversos al año. Dos pacientes (20%) presentaron complicaciones relacionadas con el acceso vascular: un hematoma y un pseudoaneurisma; ambos resueltos con tratamiento conservador. La estancia media hospitalaria fue de $7 \pm 2,2$ días. El 50% de los pacientes desarrolló BRD durante el procedimiento, que se mantuvo al alta en todos ellos. 4 pacientes (40%) desarrollaron bloqueo completo durante la ablación. De estos últimos, únicamente uno (10%) requirió marcapasos definitivo al alta. Ningún otro paciente ha requerido implante de marcapasos en el seguimiento. No se ha encontrado una asociación entre la duración previa del QRS y el desarrollo de trastornos de conducción durante el procedimiento ($p = 0,3$).

Características basales de la muestra

Variables

Valor

Edad (años)	65,4 ± 9,1
Sexo, varón (%)	60
Etiología (%)	
Miocardopatía hipertrófica	60
Miocardopatía hipertensiva	40
Clase funcional según la NYHA (%)	
Grado II	60
Grado III	40
Gradiente medio al TSVI (mmHg)	98 ± 27,4
Grosor septal medio (mm)	19 ± 1,8
Ritmo sinusal (%)	
Duración media del QRS (ms)	99,6 ± 19,3 (80% QRS > 80 ms)
Tratamiento (%)	
Bloqueadores beta	100
Disopiramida	20

Conclusiones: La ablación septal con alcohol es una técnica segura y eficaz en el tratamiento de la obstrucción dinámica al TSVI sintomática, con una reducción media inmediata del gradiente de 85 mmHg, y una mejoría en la CF que se mantiene al año en el 80% de los pacientes.