



## 5001-13. IMPACTO DE LA MIECTOMÍA SEPTAL EN LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE MUERTE SÚBITA CARDIACA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Paloma Jordà Burgos, Eduard Quintana Obrador, Daniel Pereda Arnau, Susana Prat González, Andrea Fernández Valledor, Elena Sandoval Martínez, Robert Pruna, Elena Arbelo Laínez, Marta Sitges Carreño y Ana García Álvarez, del Institut Clínic Cardiovascular, Hospital Clínic, Barcelona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La identificación de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MH) que presentan un riesgo alto de muerte súbita cardiaca (MSC) es crucial. La calculadora desarrollada por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) con este fin es útil determinando 3 categorías de riesgo de MSC a los 5 años. Sin embargo, esta calculadora no ha sido validada en pacientes sometidos a miectomía. Nuestro objetivo es evaluar el impacto de la miectomía septal en la reducción del riesgo estimado de MSC en pacientes con MH.

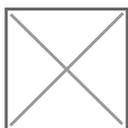
**Métodos:** De 52 pacientes consecutivos sometidos a miectomía septal en nuestro centro entre abril de 2015 y noviembre de 2018 incluimos 42 pacientes que contaban con la información completa pre y posintervención para el cálculo de la puntuación de riesgo de la ESC. Se recogieron las variables de la calculadora de riesgo así como todos los eventos ocurridos en el seguimiento.

**Resultados:** Solo uno de los pacientes de la población inicial, en clase funcional IV y con hipertensión pulmonar grave, no pudo ser incluido en el análisis debido a mortalidad perioperatoria (2% de la población global). La edad media fue  $55,3 \pm 17,0$ ; el 48,1% eran mujeres. Siete pacientes tenían implantado un desfibrilador antes de la cirugía (6 por prevención primaria y uno por prevención secundaria). La mediana de seguimiento fue de 15,8 meses (rango 2,9- 45,1 meses). El grosor máximo del ventrículo izquierdo (VI), el gradiente en el TSVI y las dimensiones de la aurícula izquierda disminuyeron significativamente tras la cirugía (tabla). Consecuentemente, hubo una reducción de la media de la puntuación de riesgo de MSC de un  $4,2 \pm 3,6\%$  a un  $2,3 \pm 1,8\%$  ( $p 0,001$ ) así como de la proporción de pacientes clasificados en los grupos de mayor riesgo (ver imagen). Durante el seguimiento posquirúrgico no hubo mortalidad por MSC u otra causa. Tampoco se detectaron taquicardias ventriculares sostenidas o tratamientos apropiados del DAI tras la cirugía.

Variables de la puntuación de riesgo	Pre	Post	p
Grosor máximo de la pared del VI	$22,9 \pm 5,5$	$16,6 \pm 4,2$	0,001

Diámetro de la aurícula izquierda	45,9 ± 7,2	43,3 ± 9,3	0,018
Gradiente TSVI	84,6 ± 35,9	17,1 ± 14,8	0,001
Edad	55,3 ± 17,0	56,6 ± 17,0	0,001
Historia familiar	4 (9,5)	4 (12,1)	1
Síncope previo no explicado	5 (11,9)	5 (15,2)	1
TVNS detectadas previamente	5 (11,9)	7 (16,6)	0,5

VI: ventrículo izquierdo, TSVI: tracto de salida del ventrículo izquierdo, TVNS: taquicardias ventriculares no sostenidas.



**Conclusiones:** El riesgo estimado de MSC en la MH se redujo significativamente tras la miectomía septal de un 4,2% a un 2,4% (p 0,001). En una mediana de seguimiento de 15,8 meses tras la miectomía no se detectaron eventos arrítmicos mayores ni mortalidad por otra causa en nuestra serie de pacientes intervenidos, de los cuales un tercio presentaba riesgo preoperatorio de MSC moderado o alto.