



6002-5. TRATAMIENTO INVASIVO DE LA OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA: COMPARACIÓN DEL *GOLD STANDARD* CON LA PRINCIPAL ALTERNATIVA PERCUTÁNEA

Alba Martín Centellas¹, Lourdes García Bueno¹, Irene Toribio García¹, Elio Martín Gutiérrez², Jesús Manuel Hernández Hernández³ y Felipe Santiago Fernández Vázquez¹

¹Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León. ²Complejo Asistencial Universitario, León. ³Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: En los pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) que persisten sintomáticos pese a tratamiento médico está indicado el tratamiento de reducción septal (TRS), bien con miectomía quirúrgica (MQ) o con ablación septal con alcohol (ASA). El objetivo de nuestro estudio es evaluar los efectos clínicos y del comportamiento de la obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) a corto plazo de ambas técnicas.

Métodos: Incluimos retrospectivamente 19 pacientes con MCHO sometidos a TRS en nuestro centro: 5 mediante ASA y 14 con MQ. Se recogieron variables clínicas y ecocardiográficas previo al procedimiento y en el primer seguimiento.

Resultados: La edad media fue mayor en el grupo ASA que en el de MQ (73 ± 6 vs 64 ± 14), la diferencia no fue significativa ($p = 0,06$). No hubo diferencias entre grupos en los factores de riesgo cardiovascular, otras comorbilidades o en el tratamiento recibido. Respecto a las características ecocardiográficas, el septo interventricular basal fue menor en el grupo ASA (19 ± 1 mm vs 22 ± 5 mm en el grupo MQ). El máximo gradiente en TSVI fue mayor en los pacientes sometidos a ASA que a MQ (96 ± 28 vs 81 ± 25 mmHg, respectivamente; $p = 0,29$). La clínica previa mayormente fue insuficiencia cardiaca, predominando los pacientes con clase funcional (CF) avanzada (23% NYHA I-II vs 76% NYHA III-IV, sin diferencias entre grupos). En el posoperatorio, 1 paciente del grupo MQ sufrió un ictus y 2 en cada grupo requirieron implante de marcapasos. El primer seguimiento se realizó tras una media de 93 ± 57 días. Se vio una mejoría de la CF en el 93% de los pacientes (53% mejoraron su CF en al menos 2 grados) sin diferencias significativas entre grupos ($p = 0,18$). Se apreció una mejoría significativa del gradiente máximo del TSVI a favor de la MQ (10 ± 4 mmHg vs 47 ± 31 mmHg en ASA; $p 0,001$). En el primer seguimiento no hubo reingresos ni fallecimientos.

Conclusiones: Los pacientes de nuestra serie no presentaban diferencias respecto a sus características basales. Observamos una diferencia significativa en cuanto a la reducción del gradiente en aquellos sometidos a MQ en el seguimiento temprano; sin observarse diferencias en la mejoría de la CF. Por tanto, aunque ambas técnicas son válidas para la mejoría sintomática, es necesario valorar la repercusión de la diferencia del gradiente residual a largo plazo para determinar la igualdad de las mismas.