Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 813

Revista Española de Cardiología

6019-121. ABLACIÓN SEPTAL CON ALCOHOL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Diego Matellán Alonso, Ana García Martín, Paloma Remior Pérez, Sandra González Martín, José Luis Mestre Barceló, Covadonga Fernández Golfín, José Luis Zamorano Gómez, Sonia Antoñana Ugalde y David Cordero Pereda

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica no especifican el tipo de pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) candidatos a ablación septal con alcohol (ASA) frente a miectomía. Se describe el perfil de pacientes sometidos a ASA en nuestro centro, los resultados clínicos y de seguridad, así como la reducción de riesgo arrítmico obtenida tras el procedimiento.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se recogieron características clínicas, ecocardiográficas y analíticas. Se calculó el riesgo de muerte súbita (MS) utilizando la calculadora de la Sociedad Europea de Cardiología y el riesgo de bloqueo preprocedimiento (tabla). Se realizó un seguimiento de 3 meses para evaluar complicaciones y respuesta al tratamiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 38 pacientes sometidos a ablación septal con alcohol desde enero del 2011 hasta enero de 2024. Las características basales de los pacientes están recogidas en la tabla. la mayoría de los pacientes 76,9% se encontraban bajo tratamiento con bloqueadores beta, un 23% recibían calcioantagonistas y un 23% recibía combinación con disopiramida. Se realizó ablación de una arteria septal en el 73,7% de los pacientes y de dos arterias septales en un 15,8%. Un 31,6% (12 pacientes) presentaron bloqueo auriculoventricular (BAV) avanzado intraprocedimiento y un 34,2% (13 pacientes) necesitaron marcapasos al alta. A los tres meses de seguimiento se comprobó una reducción significativa del grosor septal (20,76 vs 16,95 mm; p 0,001), del gradiente en el tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) (84 vs 20 mmHg; p 0,001) y del grado de insuficiencia mitral (IM) (p = 0,03). También se consiguió una mejoría de la clase funcional (p 0,001) y reducir el riesgo de muerte súbita ESC (3,04 vs 2,48; p 0,00). El *score* de predicción de riesgo de BAV tuvo una correlación del 74% con la necesidad final de implante de marcapasos.

Descripción de las características de la muestra	
Variable	Media o mediana
Edad	75,5 (64,75-83,75)
Mujeres	26 (68,4%)

HTA	34 (89,5%)
NYHA basal	
I	2 (5,3%)
II	7 (18,4%)
III	23 (60,5%)
IV	6 (15,8%)
BB	29 (76,3%)
Calcioantagonista	9 (23,7%)
Disopiramida	9 (23,7%)
Riesgo ESC previo	3,04 ± 2,87
BNP basal	360,5 (179,25-962,75)
Alto riesgo de BAV según protocolo (> 4 puntos)	18 (47,4%)
Grosor septo basal	20,76 ± 4,35
Gradiente preablación	84 (62,25-112)
FEVI	66,29 ± 8,12
Bloqueo AV avanzado intraprocedimiento	12 (31,6%)
Marcapasos definitivo posprocedimiento	13 (34,2%)

NYHA: clase funcional según New York Heart Association; BNP: péptido natriurético auricular; ESC: European Society of Cardiology; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. AAV: auriculoventricular.

Diseño del estudio y comparación de características basales y a los 3 meses.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a ablación septal con alcohol en nuestro centro presentaron una mejoría clínica significativa. Además, el riesgo de muerte súbita, el grosor septal, el gradiente en TSVI y el grado de IM también se redujeron, a expensas de una mayor tasa de implante de marcapasos definitivo que la reportada en la literatura. Aplicar *scores* validados de riesgo de BAV preprocedimiento puede ayudar a seleccionar mejor el paciente candidato a ASA frente a otras alternativas terapéuticas.