



Resultados de la cirugía de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

Rincón-Almanza, JA; Domínguez Massa, C; Briz Echeverria, PM; Guevara Bonilla, A; Heredia Cambra, T; Blanco Herrera, OR; Montero Argudo, JA;. Martínez-León J.
Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

OBJETIVO: La cirugía precoz en la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO) tiene una muy baja mortalidad y comorbilidad asociada, pero se reserva a casos clínicamente avanzados. Queremos demostrar la mortalidad en clase funcional avanzada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde 1998 hasta 2019 se intervinieron 113 casos mediante miectomía septal ampliada, 82 miectomías simples (MS) y 31 procedimientos combinados (MC). Se analizan dos grupos según estén en clase funcional grado I-II o III-IV de la NYHA preoperatoriamente.

RESULTADOS: Mortalidad hospitalaria del 1,02% para MS y del 9,04% para MC. Todos los enfermos experimentaron una reducción inmediata del gradiente intraventricular, con una caída media del gradiente pico de 82,81 mmHg (DE 29,8, $p < 0.001$). La insuficiencia renal crónica, un segundo periodo de isquemia, el tiempo de CEC y cualquier complicación mayor postoperatoria fueron estadísticamente significativos en el análisis multivariable. Ninguno fallecidos en el grupo de cirugía precoz. El 90,3% presentó mejoría significativa en sus síntomas preoperatorios ($p < 0.001$). El tiempo de CEC fue un factor independiente predictor del evento combinado muerte y/o complicaciones postoperatorias (OR 1,05 IC 95% 1,01 – 1,09). La supervivencia actuarial global a 5 años fue del 89,8%, con tendencia a la significación entre grupos (log-rang Mantel-Cox $p=0.08$). Sin fallecidos en el grupo de cirugía precoz.



CONCLUSIÓN: El retraso en la indicación quirúrgica aumenta el riesgo de mortalidad postoperatoria. Es importante la remisión temprana de pacientes con gradiente residual a centros de referencia con programas específicos antes del desarrollo de síntomas invalidantes.