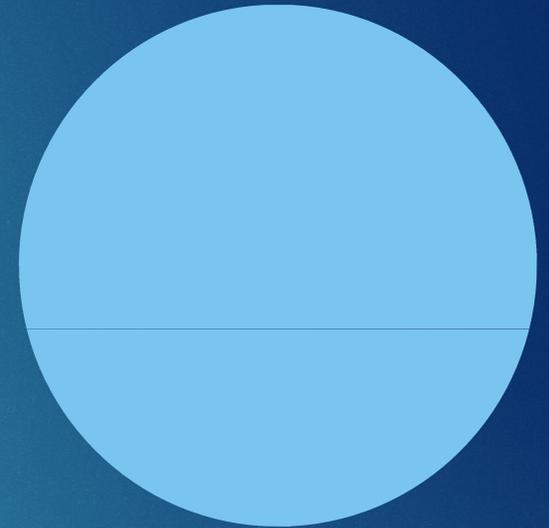


MIOCARDIOPATIA
HIPERTROFICA OBSTRUCTIVA.
TRATAMIENTO PERCUTANEO

HISTORIA CLINICA

- ▶ Paciente mujer de 67 años.
- ▶ No presenta alergias conocidas
- ▶ Dislipemia en tratamiento crónico con estatinas.
- ▶ DM tipo 2
- ▶ Cirugía abdominal previa, no oncológica.



CONSULTA DE CARDIOLOGÍA



- ▶ Paciente en seguimiento habitual en consulta externa de cardiología con diagnóstico de Miocardiopatía hipertrófica obstructiva, con hipertrofia de predominio septal, en segmento basal.
- ▶ Desde el punto de vista clínica, inicialmente se encontraba asintomático, en CF I/IV, y en seguimientos posteriores refiere dolor torácico de esfuerzo y disnea, con progresión del mismo hasta mínimo esfuerzo. En la última consulta refiere un episodio sincopal de esfuerzo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- ▶ PA: 140/80 MMHG. FC 85 LPM.
- ▶ DESTACA SOPLO SISTOLICO EN MESOCARDIO, IRRADIADO A BASE DEL CUELLO
- ▶ ECG: RS, CON DATOS DE HVI E INVERSION DE ONDA T EN PRECORDIALES DEERCHAS
- ▶ ANALITICA: GLUCEMIA, IONES, FX RENAL Y HEMOGRAMA NORMALES.



ECOCARDIOGRAMA

- ▶ ESTUDIO TRANSTORACICO QUE MUESTRA CAVIDADES NO DILATADAS. VI CON HIPERTROFIA DE SEPTO BASAL Y MEDIO (RODETE SEPTAL) MUY MARCADA (18 MM) QUE GENERA MOVIMIENTO SISTOLICO ANTERIOR MITRAL, QUE CONDICIONAL GRADIENTE DINÑAMICO BASAL DE 46 MMHG, QUE TRAS VALASALVA SE INCREMENTA HASTA 80 MMHG. MITRAL CON VELOS FINOS Y FLEXIBLES, CON INSUFICIENCIA MODERADA. VALVULA AORTICA TRIVALAVA , SIN ALTERACIONES FUNCIONALES. FUNCION SISTOLICA GLOBAL Y SEGMENTARIA CONSERVADAS.

OTRAS PRUEBAS

- ▶ CATETERISMO CARDIACO: ARTERIAS CORONARIAS SIN LESIONES ANGIOGRAFICAS. PRESENTA UN RAMO SEPTAL BASTANTE DESARROLLADO QUE SE OBLITERA EN SISTOLE.
- ▶ SE PRESENTA EL CASO EN SESIÓN MEDICO QUIRURGICA, Y SE DETERMINA QUE ANTE LA PROGRESIÓN CLÍNICA, A PESAR DE DOSIS MEDIA-ALTA DE BETABLOQUEANTES, INTENTO DE ABLACIÓN DE RAMO SEPTAL, GUIADO POR ECOCARDIOGRAFIA CON CONTRASTE.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

- ▶ SE REALIZA CATETERISMO CARDIACO, QUE MUESTRA GRAN RAMO SEPTAL.
- ▶ GUIADO POR ECOCARDIOGRAMA, SE OCLUYE CON BALÓN EL RAMO SEPTAL DESDE SU SEGMENTO PROXIMAL, Y SE COMPRUEBA CON CONTRASTE ECOCARDIOGRÁFICO QUE DICHO RAMO PERFUNDE EL TERRITORIO HIPERTROFICO.
- ▶ TRAS CONFIRMARLO, Y MANTENER EL BALÓN INFLADO, SE OBJETIVA DESCENSO SIGNIFICATIVO DEL GRADIENTE EN TRACTO DE SALIDA.
- ▶ SE COLOCA ELECTRODO DE MARCAPASO PROVISIONAL, DADO QUE DURANTE LA ABLACIÓN HAY ALTO RIESGO DE BLOQUEO AURICULO-VENTRICULAR.

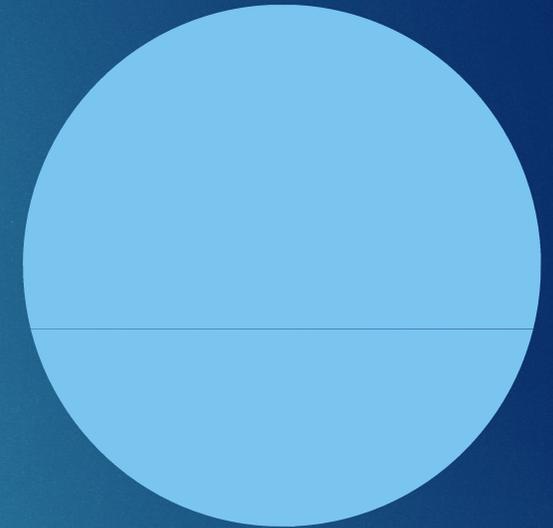
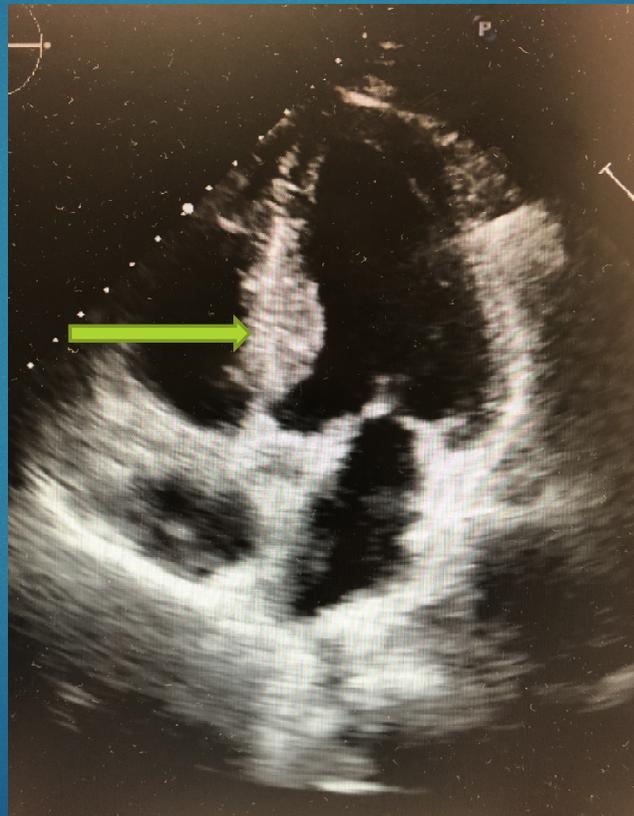
EVOLUCIÓN CLÍNICA

- ▶ SE INFUNDE ALCOHOL 96° EN RAMO SEPTAL MANTENIENDO EL BALON INFLADO.
- ▶ SE PRODUCE ABLACIÓN DE LA RAMA OBJETIVO
- ▶ CAIDA PAULATINA DEL GRADIENTE HASTA APROXIMARSE A CERO.
- ▶ DESAPARICIÓN DEL MOVIMIENTO SISTOLICO ANTERIOR DELA VALVULA MITRAL CON DESAPARICIÓN DE LA INSUFICIENCIA MITRAL.
- ▶ BAV TRANSITORIO QUE PRECISA MARCAPASOS .

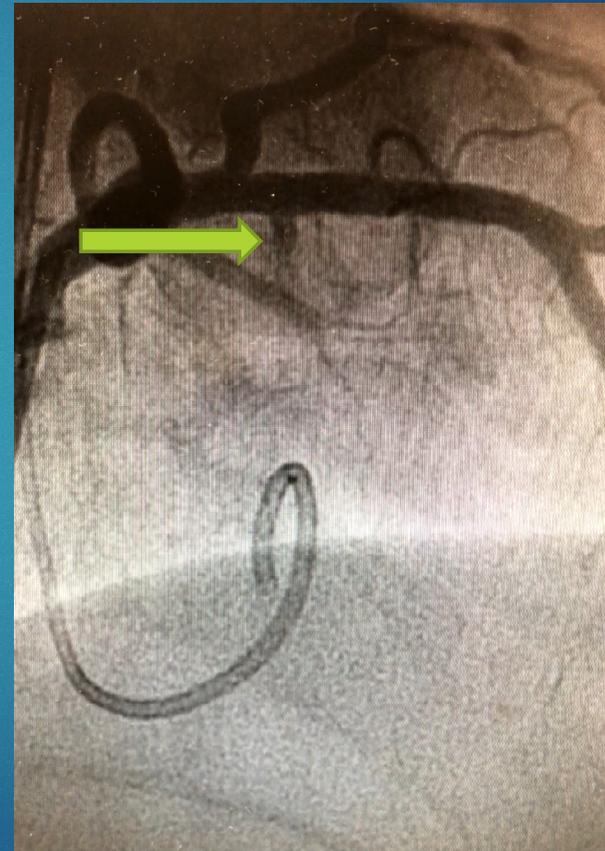
EVOLUCIÓN CLÍNICA

- ▶ EVOLUCIÓN CLÍNICA FAVORABLE, CON EXCELENTE SITUACIÓN HEMODINÁMICA
- ▶ PRESENTA CURVA TÍPICA DE NECROSIS MIOCARDICA CON CPK MÁXIMA DE 1240 .
- ▶ BAV TRANSITORIO Y BLOQUEO DE RAMA ALTERNANTE COMO COMPLICACIÓN, POR LO QUE SE DECIDE IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO DDD.
- ▶ CONTROL ECOCARDIOGRÁFICO AL ALTA CON AUSENCIA DE GRADIENTE Y DE INSUFICIENCIA MITRAL
- ▶ PROCEDIMIENTO EXITOSO

Ecocardiograma: Hipertrofia septo basal



Ramo septal basal y tras ablación



Gradiente inicial

Gradiente final

