



## 6021-3. ¿DEBEMOS ACTUALIZAR LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A ESCLERODERMIA?

María Lorena Coronel Gilio<sup>1</sup>, Carmen Pérez-Olivares Delgado<sup>2</sup>, Teresa Segura de la Cal<sup>2</sup>, María José Cristo Ropero<sup>2</sup>, Alejandro Cruz Utrilla<sup>2</sup>, Raquel Luna López<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Teresa Velázquez Martín<sup>2</sup>, Carmen Jiménez López Guarch<sup>2</sup>, Ángela Flox Camacho<sup>2</sup>, Fernando Arribas Ynsaurriaga<sup>2</sup> y M. Pilar Escribano Subías<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Cardiología J.F. Cabral, Corrientes (Argentina). <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Aunque es poco común en su forma idiopática, la hipertensión arterial pulmonar (HAP) no es infrecuente en asociación con condiciones asociadas, una de ellas es la esclerodermia (HAP-ESCL). Existen características intrínsecas de la HAP-ESCL que la diferencian de la HAP idiopática/familiar (HAPIF) y que pueden tener impacto en los resultados, como la vasculopatía pulmonar subyacente y afectación difusa de otros órganos y tejidos. Estas condiciones no se traducen en la estratificación de riesgo clásica de pacientes con HAP. **Objetivo:** comparar las características clínicas, hemodinámicas, estratificación de riesgo y pronóstico a largo plazo de HAPIF vs HAP-ESCL

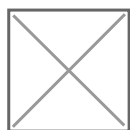
**Métodos:** Se incluyeron 240 pacientes con diagnóstico de HAPIF y 84 con HAP-ESCL. La evaluación incluyó parámetros clínicos y hemodinámicos. Se realizó la estratificación de riesgo de acuerdo a la estrategia del registro francés: test de marcha de 6 minutos > 440 m, clase funcional I-II, presión de aurícula derecha 2,5 l/min/m<sup>2</sup>. De acuerdo al número de variables de bajo riesgo presentes, se clasificaron: bajo riesgo (3-4); intermedio (1-2) y alto riesgo (0). Se confeccionó una curva de supervivencia de Kaplan Meier para estimar supervivencia libre de trasplante a 1, 3 y 5 años

**Resultados:** Las características clínicas son significativamente diferentes en ambos grupos: HAP-ESCL tiene peor clase funcional y capacidad de ejercicio, HAPIF mostró mayor gravedad hemodinámica (tabla). La estratificación de riesgo según método francés fue también diferente en HAPIF vs HAP-ESCL, riesgo bajo, intermedio y alto de 25, 50 y 25 vs 10,7, 51,2 y 38,1% respectivamente, p 0,008. La supervivencia libre de trasplante a 1, 3 y 5 años fue significativamente mejor en HAPIF vs HAP-ESCL, 97, 86, y 79 vs 90, 66 y 58% respectivamente, p 0,001 (fig. 1). La supervivencia libre de trasplante a 1, 3 y 5 años de acuerdo la estratificación de riesgo mediante el método francés en bajo, intermedio y alto, discriminó mejor a HAPIF (p0,024) que a HAP-ESCL (p ns) (fig. 2).

### Características clínicas en HAPI vs HAP-ESCL

| Variable | HAPIF (240) | HAP-ESCL (84) | p |
|----------|-------------|---------------|---|
|----------|-------------|---------------|---|

|                                               |               |               |        |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------|--------|
| Mujeres, n (%)                                | 174 (72,5)    | 73 (86,9)     | 0,008  |
| Edad, años                                    | 45 ± 16       | 59 ± 12       | 0,0001 |
| Síncope, n (%)                                | 53 (22,1)     | 9 (10,7)      | 0,03   |
| Clase funcional III-IV, n (%)                 | 155 (64,6%)   | 69 (82,1%)    | 0,003  |
| Derrame pericárdico, n (%)                    | 31 (16,1)     | 26 (30)       | 0,001  |
| TAPSE, mm                                     | 17,4 ± 4,4    | 16,3 ± 4,5    | ns     |
| NT-proBNP, pg/ml                              | 1.465 ± 2.170 | 3.061 ± 3.660 | 0,016  |
| Saturación arterial O2, %                     | 93,4 ± 4,6    | 90,4 ± 7,2    | 0,004  |
| Presion arterial de O2, mmHg                  | 67,7 ± 20     | 45,3 ± 16     | 0,0001 |
| DLCO, %                                       | 67,4 ± 20     | 45,3 ± 16     | 0,0001 |
| TM6M (metros)                                 | 410 ± 124     | 313 ± 116     | 0,0001 |
| Presión pulmonar media (mmHg)                 | 55,8 ± 14     | 47,2 ± 12     | 0,0001 |
| Resistencia vascular pulmonar (unidades Wood) | 13,2 ± 6,7    | 10,8 ± 5,7    | 0,004  |
| Presión aurícula derecha (mmHg)               | 8,4 ± 4,9     | 9 ± 5,1       | ns     |
| Indice cardiaco (L/min/m <sup>2</sup> )       | 2,3 ± 0,7     | 2,4 ± 0,7     | ns     |



*Curvas de sobrevida.*

**Conclusiones:** La HAP-ESCL tiene supervivencia especialmente pobre comparada con HAPIF. La estratificación de riesgo en HAP-ESCL no discrimina correctamente el riesgo intrínseco de esta

subpoblación, donde deben, probablemente, considerarse otras variables específicas de la patología que alerten para tomar conductas terapéuticas más avanzadas.