



5013-7. SÍNDROMES AGUDOS CARDIOVASCULARES POCO FRECUENTES: ANEURISMA COMPLICADO DE LA ARTERIA PULMONAR

Jorge Nuche Berenguer¹, José Manuel Montero Cabezas¹, Gonzalo Martínez-Alés García², Roberto Martín Asenjo¹, María Teresa Velázquez¹, M^a José Ruiz Cano¹, M^a Carmen Jiménez López-Guarch¹, Sergio Alonso Charterina¹ y M. Pilar Escribano Subias¹ del ¹ Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es factor de riesgo para el desarrollo de aneurismas de arterias pulmonares (AAP). Los AAP son asintomáticos, pero hay complicaciones que cursan con dolor torácico (compresión del tronco coronario (CTC) o disección de la arteria pulmonar (AP)); neumonías por compresión bronquial; o hemoptisis por rotura. El diagnóstico de éstas es vital, ya que puede ofrecerse tratamiento específico. Nuestro objetivo es exponer las complicaciones asociadas al AAP y determinar sus factores de riesgo para facilitar su detección.

Métodos: Entre 475 pacientes con HAP en seguimiento, se realizaron 199 resonancias magnéticas o tomografías computarizadas como parte del estudio de HAP, o por el desarrollo de síntomas que sugerían complicaciones. Se define AAP como dilatación del tronco de la AP mayor de 40 mm.

Resultados: Se diagnosticaron 87 AAP. El tiempo de evolución de la HAP era mayor en los pacientes con AAP que en los que no lo presentaban (71,9 frente a 53,9 meses ($p: 0,024$)). No se encontraron diferencias significativas en la presión media en la AP (PAPm) o resistencias vasculares pulmonares (RVP). Entre los pacientes con AAP, se encontró relación entre el tiempo de evolución y el diámetro de la AP ($r: 0,199$ ($p: 0,008$)). 11 pacientes con AAP presentaron complicaciones (12,6%): 7 presentaron CTC, 1 compresión bronquial, 1 disección de la AP, 1 compresión bronquial y CTC y 1 disección de la AP y CTC. La CTC se presentó como angina y se trató mediante ICP. El paciente con compresión bronquial sufría neumonías recurrentes que requerían ventilación no invasiva. El paciente con disección aislada de la AP precisó resección del AAP por desarrollo de insuficiencia pulmonar grave. La única diferencia significativa entre los pacientes con AAP que presentaron complicación y los que no respecto a sus características basales (edad, sexo, etiología, RVP, PAPm, tiempo de evolución de HAP y diámetro del AAP) fue el diámetro (complicado: $53,36 \pm 8,89$ mm; no complicado: $46,47 \pm 6,87$ mm; $p = 0,03$).

Conclusiones: El riesgo de complicación del AAP se relaciona con el diámetro del AAP pero no con la gravedad de la HAP. Dado que el desarrollo de AAP se relaciona con el tiempo de evolución de la HAP, ante un paciente con HAP de larga evolución que consulta por dolor torácico, disnea o hemoptisis se debería descartar la presencia de AAP.