



7007-9. PROCEDIMIENTO Y RESULTADOS A CORTO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON TRATAMIENTO PERCUTÁNEO CON CATÉTER DE LA TROMBOEMBOLIA PULMONAR DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO Y ALTO

Juan José Portero Portaz¹, Arsenio Gallardo López¹, Antonio Gutiérrez Díez¹, Jesús María Jiménez Mazuecos¹, Juan Gabriel Córdoba Soriano¹, Driss Melehi El Assali¹, Vicente Ferrer Bleda¹, María Isabel Barrionuevo Sánchez¹, Rafael Sánchez Iniesta² y María del Carmen Córdoba Nielfa², del ¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: La tromboembolia pulmonar aguda (TEP) presenta cifras significativas de mortalidad y complicaciones en los casos de riesgo al menos intermedio-alto. La trombolisis sistémica se acepta para casos de alto riesgo pero con elevada incidencia de hemorragia grave por lo que existe interés en alternativas percutáneas.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes con riesgo intermedio-alto o alto y seleccionados para tratamiento percutáneo desde marzo 2017. La inclusión fue tener un TEP de riesgo alto y contraindicación de trombolisis sistémica o TEP de riesgo intermedio-alto con hallazgo de TEP bilateral en tomografía computarizada (TC). Se describe el procedimiento y se analiza la evolución clínica hospitalaria y de los parámetros hemodinámicos a las 24 horas y complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes, la mayoría de riesgo intermedio-alto 26 (92,6%) y 1 de riesgo alto. La edad media fue de $60,6 \pm 3$ años, 55,6% sexo masculino. Todos con afección ecocardiográfica de ventrículo derecho y elevación de troponina. El tiempo entre el diagnóstico por TC y el procedimiento fue $17,7 \pm 7$ h. Se realizó cateterismo derecho para registro hemodinámico de presiones (PAPM) y gasto cardiaco por termodilución (GC), angiografía pulmonar y al menos una de estas opciones: catéter *pigtail* en la zona de mayor trombo y perfusión de rTPa a 1 mg/h durante 24 horas, bolo de rTPa 5-10 mg por arteria pulmonar, trombectomía mecánica por fragmentación, tromboaspiración o inflado de balón. El acceso fue por punción venosa (basílica derecha el 44,4%) salvo un caso que fue vena femoral. Se realizó perfusión de rTPa en el 96,3% con dosis media de $23,5 \pm 0,8$ mg y duración de $22,5 \pm 0,7$ h, fragmentación 14,8% y tromboaspiración 11,1%. No hubo complicaciones en el procedimiento. A las 24 horas ($22,6 \pm 0,5$ h) se comprobó mejoría hemodinámica: PAPM 37,9 mmHg frente a 26,16 mmHg ($p 0,0001$) y GC 3,7 l/min frente a 4,95 l/min ($p 0,002$). Hubo mejoría subjetiva en 85,2% y mejoría angiográfica en 55,6%. Un paciente evolucionó a *shock* y falleció. Hubo un sangrado menor (BARC1) y uno mayor (BARC 3A) por hematoma de acceso femoral. La media de ingreso en unidad de críticos fue $2,45 \pm 0,14$ días.

Conclusiones: El tratamiento percutáneo del TEP de riesgo intermedio-alto basado en perfusión local de rTPa fue eficaz en la reducción de la PAPM y aumento GC a las 24 horas con baja incidencia de hemorragia y buena evolución.