



5023-3. ANGIOPLASTIA PULMONAR EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA. UNA TERAPIA TAMBIÉN CONSOLIDADA EN NUESTRA POBLACIÓN

Maite Velázquez Martín, Agustín Albarrán González Trevilla, Carlos Andrés Quezada, Belén Rubio Alonso, Patrick Pilkington, Yolanda Revilla Ostolaza, María Jesús López Gude y M. Pilar Escribano Subias del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La supervivencia y situación clínica de los pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) sigue siendo insatisfactoria. La angioplastia pulmonar (ABAP) ha demostrado, mayoritariamente en series japonesas, una mejoría clínica, hemodinámica y de biomarcadores. El refinamiento de la técnica ha conseguido mantener los beneficios disminuyendo significativamente los riesgos. El objetivo fue determinar de forma prospectiva los resultados clínicos, hemodinámicos y de biomarcadores, así como las complicaciones y mortalidad pacientes con HPTEC no quirúrgicos en los que se ha aplicado esta terapia en nuestra unidad.

Metodos: Desde mayo 2013 a abril 2016 se han realizado 100 procedimientos de ABAP en 31 pacientes con HPTEC. Se analizan los resultados obtenidos.

Resultados: Edad media 61 años (22-82), 24 mujeres. Todos menos uno con afectación distal no accesible quirúrgicamente. Un paciente fue rechazado de cirugía por comorbilidades. En los 6 primeros pacientes se realizó ABAP como rescate, en clase III-IV bajo triple terapia incluyendo prostanoides sistémicos. En los siguientes 24 pacientes se aplicó también en clase II solo con 1 o 2 fármacos orales. La ABAP consiguió una mejoría clínica, hemodinámica y de biomarcadores. Los resultados pueden verse en la tabla. Dos de los 6 pacientes que recibían prostanoides sistémicos pudieron suspenderlos definitivamente. La duración media de los procedimientos fue de 121 ± 26 min, la dosis de contraste 303 ± 78 cc, el tiempo de escopia 37 ± 11 min y la dosis media de radiación del paciente 105 ± 78 mGy/cm². Se trataron de media 2,2 ramas segmentarias y 1,2 lóbulos por procedimiento. Las complicaciones fueron: edema de reperfusión (ERP) en 7 pacientes (7%), 1 de grado 5, 1 de grado 4 y 5 de grado 2-3; un fallecimiento (mortalidad 3,3% en nuestra serie), como consecuencia del ERP de grado 5; una perforación (1%), resuelta con implante de *stent* recubierto de pericardio; 5 disecciones de pared por catéter guía (5%) resueltas de forma conservadora y 12 esputos hemoptoicos/hemoptisis en sala (12%) sin repercusión.

Mejoría de variables clínicas, hemodinámicas y de biomarcadores

	Valores basales	Valores finales	Variación media en%	p

Presión arterial pulmonar media (mmHg)	51 ± 14	36 ± 10	-30%	0,001
Resistencias vasculares pulmonares (U. Wood)	11 ± 5	5,3 ± 2	-52%	0,001
Índice cardiaco L/min/m ²	2,3 ± 0,6	2,7 ± 0,6	+17%	0,02
Saturación oxígeno en arteria pulmonar (%)	61 ± 7	69 ± 7	+13%	0,002
Saturación arterial periférica de oxígeno (%)	93 ± 5	96 ± 3	+3,2%	0,004
Clase funcional NYHA (1-4)	3,3 ± 0,5	2,1 ± 0,4	+36%	0,001
Distancia caminada en test 6 min (m)	360 ± 94	426 ± 117	+18%	0,016
NT-proBNP (pg/dl)	1.574 ± 1.553	641 ± 951	-59%	0,003

Conclusiones: En nuestra experiencia, la ABAP es una alternativa terapéutica eficaz en pacientes con HPTEC no quirúrgica. Mejora la hemodinámica, la clase funcional, la distancia caminada en el test de 6 minutos y los biomarcadores. Aunque se asocia a complicaciones potencialmente graves como el ERP y la perforación arterial pulmonar el refinamiento de la técnica y los centros expertos han disminuido mucho su incidencia.