Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 445

Revista Española de Cardiología

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 Portaz[1], Arsenio Gallardo López[1], Antonio Gutiérrez Díez[1], Jesús María Jiménez Mazuecos[1], Juan Gabriel Córdoba Soriano[1], Driss Melehi El Assali[1], Vicente Ferrer Bleda[1], María Isabel Barrionuevo Sánchez[1], Rafael Sánchez Iniesta[2] y María del Carmen Córdoba Nielfa[2], del [1]Servicio de Cardiología y [2]Servicio 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 ± 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 ± 7h. 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 ± 0,8 mg y duración de 22,5 ± 0,7 h, fragmentación 14,8% y tromboaspiración 11,1%. No hubo complicaciones en el procedimiento. A las 24 horas (22,6 ± 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 ± 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.