



## 6040-541. ¿ES POSIBLE PASAR DE TREPROSTINIL SUBCUTÁNEO A SELEXIPAG ORAL? ¿CÓMO?

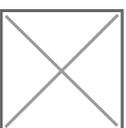
María Lázaro Salvador<sup>1</sup>, Finn Akerström<sup>1</sup>, Virgilio Martínez Mateo<sup>2</sup>, Alejandro Berenguel Senén<sup>1</sup>, Mario Baquero Alonso<sup>1</sup>, Belén Santos González<sup>1</sup>, Pedro Hernández Simón<sup>1</sup>, Ana M. García de Castro<sup>1</sup>, Joaquín Sánchez-Prieto<sup>1</sup>, Fernando Álvaro López Sánchez<sup>1</sup>, Leonel Porta González<sup>1</sup> y Luis Rodríguez Padial<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Virgen de la Salud, Toledo y <sup>2</sup>Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En la hipertensión arterial pulmonar (HAP) la producción de prostaciclina endógena está disminuida. Se recomiendan análogos de prostaciclina en el tratamiento de pacientes con HAP en clase funcional (CF) III y IV NYHA. El treprostinil es un análogo estable de la prostaciclina de administración subcutánea (sc) mediante pequeña bomba portátil. El dolor en el punto de infusión limita el ascenso de dosis. El selexipag es un nuevo agonista selectivo de receptores IP de la prostaciclina, de administración oral, aprobado para pacientes con HAP en CF II y III, en monoterapia y en combinación con inhibidores de fosfodiesterasa 5 (iPDE5) o antagonistas de receptores de endotelina (ERA).

**Métodos:** 2 pacientes con HAP idiopática, en tratamiento combinado con iPDE5 + ERA + Treprostinil sc (paciente 1 con 32 ng/kg/min y paciente 2 con 22 ng/kg/min). Ambas referían dolor limitante en punto de infusión de treprostinil. Se confirmó perfil de riesgo bajo, estable, mediante variables no invasivas: CF, prueba de la marcha de 6 minutos (PM6M), ecocardiograma, NTproBNP y ergoespirometría (CPET). Únicamente PM6M y CPET en riesgo intermedio en ambas. Se programó reducción progresiva de treprostinil y simultánea titulación de selexipag ambulatoriamente. Cada semana se reducían 4 ng/kg/min de treprostinil y se subían 200 µg/12h de selexipag, hasta retirada de treprostinil. Se reevaluó el perfil de riesgo tras > 6 y > 3 meses de completar transición, respectivamente.

**Resultados:** La paciente 1, completó retirada de treprostinil en 8 semanas y quedó con dosis máxima del selexipag, 1.600 µg/12h (figura). Mejoró su perfil de riesgo 6 meses tras la transición, alcanzando todos los parámetros en bajo riesgo. La paciente 2 completó transición en 6 semanas, alcanzando dosis del selexipag de 1.200 µg/12h. Su valoración pronóstica tras > 3 meses muestra mejoría ligera en PM6M, CPET y NTproBNP, manteniendo mismo nivel de riesgo previo. Único efecto adverso: diarrea autolimitada en el paciente 1, los 3 primeros días de toma del selexipag. Ambas refieren mejoría en su calidad de vida, sin dolor ni portar bomba de infusión.



*Algoritmo propuesto de transición de treprostinil a selexipag, paciente 1.*

**Conclusiones:** Presentamos los 2 primeros casos de transición desde treprostínil sc a selexipag oral en pacientes estables con HAP, evitando efectos adversos relacionados con sistema de infusión del treprostínil. Proponemos un algoritmo para guiar la transición. Es preciso ampliar experiencia para establecer equivalencias de dosis.