Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 653

Revista Española de Cardiología

5037-8. EDEMA DE REPERFUSIÓN POSANGIOPLASTIA PULMONAR: ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR?

María Melendo Viu, Pilar Escribano-Subias, Laura Domínguez Pérez, Sergio Huertas Nieto, Ignacio Hernández-González, M. Carmen Jiménez López-Guarch, Agustín Albarrán González Trevilla, Fernando Arribas Ynsaurriaga, Fernando Sarnago-Cebada y Maite Velázquez Martín, del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El edema de reperfusión (ER) es la complicación más frecuente y grave tras angioplastia pulmonar con balón (ABAP) en pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica. Describimos y analizamos las características y tratamiento del ER en nuestra población de ABAP.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a ABAP entre enero 2013 y diciembre 2017. Se consideró ER la aparición de infiltrado radiológico + desaturación, clasificándolos en grado 2 a 5 de Inami. Se recogieron datos clínicos y de exploraciones complementarias.

Resultados: Desarrollaron ER 9 de los 70 pacientes del programa de ABAP (10 procedimientos de 270), 51 ± 19 años de media, 60% mujeres. Todos presentaban algún parámetro clínico, analítico o hemodinámico de riesgo intermedio o alto (tabla): la presión pulmonar media fue > 35 en todos los casos (54,6 ± 9 mmHg). El 60% recibía prostaglandinas y 40% triple tratamiento específico. La mitad tuvieron TEP, 20% trombofilia, 10% neoplasia y 20% portaban derivación ventrículo peritoneal. El ER apareció en 70% de los pacientes tras el primer procedimiento, 80% en lóbulos inferiores. En 90% de los casos se trató solo un lóbulo, 2-3 ramas segmentarias y 2-5 subsegmentarias. El ER fue mayoritariamente leve (50% grado 2, 20% grado 3, 20% grado 4, 10% grado 5). Aunque sin alcanzar significación estadística, existía asociación entre el valor de la PCP y el grado de ER (a mayor PCP mayor grado de ER). No observamos relación entre la escala PEPSI y la aparición del ER: valor medio score PEPSI 34 ± 13, siendo > 35 solo en 3 pacientes. Excepto en un caso, el ER se resolvió con medidas conservadoras, suspendiendo la anticoagulación (70% de los casos) e incrementando la oxigenoterapia (70%) y el diurético (90%). Los corticoides, (500 mg iv diarios de metilprednisolona), empleados si grado ? 4, se administraron en 30% de los casos. Finalmente, las medidas invasivas se emplearon en ER grado 5, siendo el único paciente que falleció.

Factores pronósticos funcionales, analíticos y hemodinámicos pre-ABAP

Factores pronósticos pre-ABAP (mortalidad a 1 año)	Bajo riesgo 5%	Medio riesgo 5-10%	Alto riesgo > 10%
Clínica (NYHA)	II (30%)	III (60%)	IV (10%)

NT-proBNP, mediana 1.679 ng/l	300 ng/l (11,2%)	300-1.400 ng/l (44,4%)	> 1.400 ng/l (44,4%)
Prueba de la marcha de 6 minutos, media 319 ± 136 m	> 440 m (28,6%)	165-440 m (57,1%)	165 m (14,3%)
Aurícula derecha (AD), media 13,7 ± 6,1 mmHg	8 mmHg (12,5%)	8-14 mmHg (37,5%)	> 14 mmHg (50%)
Índice cardiaco (IC), media 2,2 ± 0,6 l/min/m^2	? 2,5 l/min/m^2 (22,2%)	2-2,4 l/min/m^2 (44,4%)	2 l/min/m^2 (33,4%)

Conclusiones: La incidencia de ER tras ABAP fue del 3,7%, grave (grado 5) solo en 0,37% de los procedimientos. No observamos relación entre la escala PEPSI y la aparición del ER. Existía tendencia a asociación entre el valor de la PCP y el grado de ER. El tratamiento terapéutico se ajustó al grado de ER, reservando las medidas invasivas para el ER de grado 5. El pronóstico del ER grado ? 4 es bueno. El ER grado 5 reviste una mortalidad elevada.