Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 651

Revista Española de Cardiología

5037-6. POR FIN ES POSIBLE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

María Lázaro Salvador, Alejandro Berenguel Senén, Clara Méndez Perles, Mario Baquero Alonso, Ana M. García de Castro, Belén Santos González, Carolina Maicas Bellido, Marta Flores Hernán, Miguel Ángel Sastre Perona, Joaquín Sánchez-Prieto, Fernando Álvaro López Sánchez, Leonel Porta González y Luis Rodríguez Padial, del Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad progresiva e incurable, con elevada mortalidad. En fases iniciales la HAP es silente. Es preciso haber perdido más de la mitad del lecho vascular pulmonar para que el paciente experimente disnea de esfuerzo, progresiva. Las técnicas de cribado y diagnóstico actuales, ecocardiograma y cateterismo derecho en reposo, detectan la enfermedad tarde, en fase muy avanzada, cuando las alteraciones estructurales y hemodinámicas son evidentes en reposo. El diagnóstico precoz y el tratamiento temprano mejoran la supervivencia. Por ello está estipulado el cribado anual (ecocardiograma de reposo) en poblaciones de riesgo para desarrollar HAP, cómo la esclerodermia. La ergoespirometría es una prueba de esfuerzo máximo (no invasiva) que aporta información pronóstica relevante en pacientes con HAP. Estos presentan un patrón ergoespirométrico típico que puede ser clave para el diagnóstico precoz.

Métodos: Realización de ergoespirometría a todos los pacientes con esclerodermia de nuestra área sanitaria, consecutivos durante los últimos 6 meses (a los que hacemos sistemáticamente cribado anual con ecocardiograma de reposo). Realización de cateterismo derecho a los pacientes con ergoespirometría compatible con HAP: Disminución de capacidad aeróbica: Consumo de oxígeno (VO2) reducido, con comportamiento en meseta. Ineficiencia ventilatoria: equivalentes de O2 y CO2 (VE/VO2 y VE/VCO2) aumentados, presión parcial de CO2 en aire espirado (Pet CO2) disminuida y con pendiente descendente, OUES disminuido.

Resultados: Hemos realizado 28 ergoespirometrías en 6 meses. De ellas 5 sugerían HAP, siendo el eco de reposo NORMAL en todos los pacientes (28). El cateterismo derecho en reposo confirmó HAP en 3 pacientes, y el cateterismo de esfuerzo (bicicleta supina, definición Niza 2018) desenmascaró HAP en los otros 2. Se confirmó HAP en los 5 pacientes con ergoespirometría patológica (100%). No los habríamos diagnosticado con el protocolo de cribado/diagnóstico vigente.

Conclusiones: La ergoespirometría permite realizar diagnóstico más precoz de HAP en poblaciones de riesgo (cómo esclerodermia), ya que es más sensible que el ecocardiograma en reposo recomendado actualmente. La incorporación de la ergoespirometría al cribado de HAP, acortará el tiempo al diagnóstico, colaborando a mejorar el pronóstico.