



6021-3. ¿DEBEMOS ACTUALIZAR LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A ESCLERODERMIA?

María Lorena Coronel Gilio¹, Carmen Pérez-Olivares Delgado², Teresa Segura de la Cal², María José Cristo Ropero², Alejandro Cruz Utrilla², Raquel Luna López², M^a Teresa Velázquez Martín², Carmen Jiménez López Guarch², Ángela Flox Camacho², Fernando Arribas Ynsaurriaga² y M. Pilar Escribano Subias²

¹Instituto de Cardiología J.F. Cabral, Corrientes (Argentina). ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Aunque es poco común en su forma idiopática, la hipertensión arterial pulmonar (HAP) no es infrecuente en asociación con condiciones asociadas, una de ellas es la esclerodermia (HAP-ESCL). Existen características intrínsecas de la HAP-ESCL que la diferencian de la HAP idiopática/familiar (HAPIF) y que pueden tener impacto en los resultados, como la vasculopatía pulmonar subyacente y afectación difusa de otros órganos y tejidos. Estas condiciones no se traducen en la estratificación de riesgo clásica de pacientes con HAP. Objetivo: comparar las características clínicas, hemodinámicas, estratificación de riesgo y pronóstico a largo plazo de HAPIF vs HAP-ESCL

Métodos: Se incluyeron 240 pacientes con diagnóstico de HAPIF y 84 con HAP-ESCL. La evaluación incluyó parámetros clínicos y hemodinámicos. Se realizó la estratificación de riesgo de acuerdo a la estrategia del registro francés: test de marcha de 6 minutos > 440 m, clase funcional I-II, presión de aurícula derecha 2,5 l/min/m². De acuerdo al número de variables de bajo riesgo presentes, se clasificaron: bajo riesgo (3-4); intermedio (1-2) y alto riesgo (0). Se confeccionó una curva de supervivencia de Kaplan Meier para estimar supervivencia libre de trasplante a 1, 3 y 5 años

Resultados: Las características clínicas son significativamente diferentes en ambos grupos: HAP-ESCL tiene peor clase funcional y capacidad de ejercicio, HAPIF mostró mayor gravedad hemodinámica (tabla). La estratificación de riesgo según método francés fue también diferente en HAPIF vs HAP-ESCL, riesgo bajo, intermedio y alto de 25, 50 y 25 vs 10,7, 51,2 y 38,1% respectivamente, p 0,008. La supervivencia libre de trasplante a 1, 3 y 5 años fue significativamente mejor en HAPIF vs HAP-ESCL, 97, 86, y 79 vs 90, 66 y 58% respectivamente, p 0,001 (fig. 1). La supervivencia libre de trasplante a 1, 3 y 5 años de acuerdo la estratificación de riesgo mediante el método francés en bajo, intermedio y alto, discriminó mejor a HAPIF (p0,024) que a HAP-ESCL (p ns) (fig. 2).

Características clínicas en HAPI vs HAP-ESCL

Variable	HAPIF (240)	HAP-ESCL (84)	p
----------	-------------	---------------	---

Mujeres, n (%)	174 (72,5)	73 (86,9)	0,008
Edad, años	45 ± 16	59 ± 12	0,0001
Síncope, n (%)	53 (22,1)	9 (10,7)	0,03
Clase funcional III-IV, n (%)	155 (64,6%)	69 (82,1%)	0,003
Derrame pericárdico, n (%)	31 (16,1)	26 (30)	0,001
TAPSE, mm	17,4 ± 4,4	16,3 ± 4,5	ns
NT-proBNP, pg/ml	1.465 ± 2.170	3.061 ± 3.660	0,016
Saturación arterial O ₂ , %	93,4 ± 4,6	90,4 ± 7,2	0,004
Presión arterial de O ₂ , mmHg	67,7 ± 20	45,3 ± 16	0,0001
DLCO, %	67,4 ± 20	45,3 ± 16	0,0001
TM6M (metros)	410 ± 124	313 ± 116	0,0001
Presión pulmonar media (mmHg)	55,8 ± 14	47,2 ± 12	0,0001
Resistencia vascular pulmonar (unidades Wood)	13,2 ± 6,7	10,8 ± 5,7	0,004
Presión aurícula derecha (mmHg)	8,4 ± 4,9	9 ± 5,1	ns
Índice cardiaco (L/min/m ²)	2,3 ± 0,7	2,4 ± 0,7	ns



Curvas de supervivencia.

Conclusiones: La HAP-ESCL tiene supervivencia especialmente pobre comparada con HAPIF. La estratificación de riesgo en HAP-ESCL no discrimina correctamente el riesgo intrínseco de esta

subpoblación, donde deben, probablemente, considerarse otras variables específicas de la patología que alerten para tomar conductas terapéuticas más avanzadas.