



4025-4. MANEJO INTEGRAL DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL

María Lorena Coronel, Alejandro Cruz Utrilla, Irene Martín de Miguel, Álvaro Cantero Acedo, Maite Velázquez Martín, Fernando Sarnago Cebada, María Jesús López Gude, José Luis Pérez Vela, Yolanda Revilla Hostolaza, Sergio Alonso Charterina, Rafael Morales, María Guerrero Díaz, Pedro Muñoz Ramis, Fernando Arribas Ynsaurriaga y M. Pilar Escribano Subias

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es consecuencia de material trombótico organizado adherido a las arterias pulmonares asociado a enfermedad arteriolar proliferativa que conduce a incremento de la resistencia vascular pulmonar (RVP), insuficiencia cardiaca derecha y muerte precoz si no se detecta y trata de manera adecuada. Además, la HPTEC, es la única forma de hipertensión pulmonar (HP) que posee un tratamiento potencialmente curativo. El objetivo de este trabajo es dar a conocer los resultados del manejo integral de la HPTEC en un centro de referencia.

Métodos: El Hospital 12 de octubre de Madrid es centro de referencia nacional y europeo para HP. Este registro reúne a 804 pacientes con diagnóstico de HPTEC evaluados por un equipo multidisciplinar en la Unidad de HP desde el año 1996 hasta 2023. De esta manera se define si se trata de un paciente apto para cirugía de endarterectomía pulmonar (EP); angioplastia con balón a arteria pulmonar (ABAP) o tratamiento médico (TM). Se describen las características de cada grupo de tratamiento, los resultados clínicos y hemodinámicos de cada intervención, así como la sobrevida a largo plazo. Se realizó un seguimiento de 10 años.

Resultados: Desde 1996 hasta 2023 se evaluaron 804 pacientes con HPTEC, de ellos, el 50,2% (404) fue apto para realizar cirugía de EP. La ABAP se inició en el año 2013 y se realizó en 201 (25%) pacientes, el resto recibió únicamente tratamiento médico con fármacos vasodilatadores pulmonares (199 pacientes, 25%). En la población total, la edad media fue de $59,1 \pm 14$ años y predominó el sexo masculino (62,8%). Si discriminamos la población según el tipo de procedimiento, los pacientes sometidos a EP fueron los más jóvenes, $54,4 \pm 13,6$ vs $60,9 \pm 15,1$ y $65,7 \pm 13,7$ para ABAP y TM respectivamente, $p < 0,0001$ y predominó el sexo masculino, a diferencia de la ABAP y TM; 56,9 vs 38,8 vs 37,2%, $p < 0,0001$. Los pacientes quirúrgicos tuvieron menos antecedentes de neoplasias en relación con la ABAP y TM, 6 vs 15,4 vs 15,6% $p < 0,0001$. Al momento del diagnóstico en los tres grupos la clase funcional III/IV (OMS) fue la más frecuente, especialmente en el grupo EP 72,3 vs 67,7 vs 68% $p < 0,0001$. Los resultados clínicos y hemodinámicos de cada uno de los tratamientos se muestran en la tabla. La mortalidad hospitalaria fue 4,5% y 1,5% para EP y ABAP respectivamente. La sobrevida de los pacientes con HPTEC a 1, 3 y 5 años son 99%, 98% y 95% para EP; 99%, 97% y 95% para ABAP y 97%, 88% y 80% para tratamiento médico, respectivamente. *Log rank* $p < 0,0001$ (figura).

Resultados
clínicos y
hemodinámicos
según el
tratamiento

	EP			ABAP			TM		
	Pre-EP	Pos-EP	p	Pre-ABAP	Pos-ABAP	p	Basal	Seguimientop	
Clase funcional III/IV, %	71,7	4,4	0,0001	67,5	20,5	0,0001	64,5	47,1	0,04
Distancia TM6M, metros ± DE	398 ± 120	465 ± 91	0,0001	368,5 ± 112	405,2 ± 119	0,0001	339 ± 99	342 ± 109	ns
NT-proBNP, pg/ml ± DE	1336 ± 1613	291 ± 346	0,0001	1346 ± 2043	367 ± 831	0,0001	1119 ± 1371	1766 ± 5221	ns
AD, mmHg ± DE	9,2 ± 5	6,6 ± 3,5	0,0001	9 ± 4,4	6,4 ± 3,1	0,0001	8,7 ± 4,4	8,7 ± 5,4	ns
PAPm, mmHg ± DE	46,1 ± 12	27,3 ± 10	0,0001	46,9 ± 11	32,8 ± 8,6	0,0001	43,4 ± 9,5	38,8 ± 12,8	0,015
GC, l/min ± DE	4,4 ± 1,2	5,1 ± 1,2	0,0001	4,3 ± 1,2	5,1 ± 1,1	0,0001	4,4 ± 1,2	4,9 ± 1,7	0,02
RVP, uW ± DE	8,9 ± 4,6	3,6 ± 2,4	0,0001	9,3 ± 4,4	4,4 ± 1,9	0,0001	8,1 ± 4,4	5,6 ± 3,5	0,0001

EP:
endarterectomía
pulmonar;
ABAP:
angioplastia
con balón a
arteria
pulmonar; TM:
tratamiento
médico;
TM6M: test de
marcha de seis
minutos; AD:
aurícula
derecha;
PAPm: presión
arterial
pulmonar
media; GC:
gasto cardiaco;
RVP:
resistencia
vascular
pulmonar; uW:
unidades
Wood; DE:
desvío
estándar.



Sobrevida en HPTEC según el tipo de tratamiento.

Conclusiones: La cirugía de EP es el tratamiento de elección en HPTEC, como lo demuestra la excelente sobrevida de los pacientes a largo plazo, la ABAP es una opción en pacientes no operables, con resultados superiores al tratamiento médico. De esta manera, un manejo integral y multidisciplinario de la HPTEC en un centro experto garantiza los mejores resultados para nuestros pacientes.