



5022-2. HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA EN AL ADULTO MAYOR: ABORDAJE EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE UNA POBLACIÓN EN ASCENSO

Marra 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, Roberto Martín Asenjo, 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 una enfermedad poco frecuente, pero grave e incapacitante que conduce insuficiencia cardiaca derecha y muerte precoz si no recibe un tratamiento apropiado. El manejo de esta condición en el adulto mayor resulta un desafío por las múltiples comorbilidades, polifarmacia y efectos adversos de procedimientos y fármacos utilizados para su tratamiento. El objetivo de este trabajo es informar los resultados del manejo de la HPTEC en el paciente adulto mayor en un centro de referencia de España.

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). De la población global de pacientes, identificamos a 329 con edad > 65 años (40,9%). 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: De ellos, al 30,7% (101) se le realizó cirugía de EP. La ABAP se inició en el año 2013 y se realizó en 100 (30,4%) pacientes, el resto recibió únicamente tratamiento médico con fármacos vasodilatadores pulmonares (128 pacientes, 38,9%). En la población total, la edad media fue de $72,4 \pm 5,1$ años (edad mínima 65 años, máxima 87 años) y predominó el sexo femenino (63,2%). Globalmente, el 67,9% se hallaba en clase funcional III/IV; existió un 13,9% de antecedentes de neoplasia, 25,7% de trombofilia y 77,9% de embolia de pulmón. Comparativamente, los pacientes sometidos a EP fueron significativamente más jóvenes en relación a la ABAP y TM; 70 ± 4 vs $72,9 \pm 5,2$ vs $74,1 \pm 5,2$ años respectivamente, $p < 0,0001$, y en el grupo quirúrgico predominó el sexo masculino, a diferencia de ABAP y TM. No existieron diferencias relevantes entre los tres grupos en relación a la distancia recorrida en el test de marcha de seis minutos ni valor de NtproBNP. Los resultados clínicos y hemodinámicos de cada uno de los tratamientos se muestran en la tabla. La mortalidad hospitalaria fue 6,9% y 2% para EP y ABAP respectivamente. La sobrevida de los pacientes con HPTEC a 1, 3 y 5 años fueron 95,3%, 89% y 84,8% para EP; 98,9%, 93,2% y 91,2% para ABAP y 94%, 76,9% y 72,9% para tratamiento médico, respectivamente. *Log rank* $p < 0,002$ (figura).

Resultados
clínicos y
hemodinámicos
según el
tratamiento

	EP			ABAP			TM		
	Pre-EP	Pos-EP	p	Pre-ABAP	PosABAP	p	Basal	Seguimiento	p
Clase funcional III/IV, %	71,7	6,8	0,0001	70,8	25,2	0,0001	62,9	48,4	0,02
Distancia TM6M, metros ± DE	368,7 ± 95	418,6 ± 86	0,0001	322,2 ± 110	343,3 ± 100	0,014	323,1 ± 99	307,7 ± 106	ns
NTproBNP, pg/ml ± DE	1.137 ± 1.326	404 ± 359	0,009	1.778 ± 2.671	474 ± 815	0,0001	1.173 ± 1.408	2.157,1 ± 6.320	ns
AD, mmHg ± DE	8,5 ± 4,1	6,7 ± 4,3	0,013	8,5 ± 3,9	6,5 ± 3	0,002	8,3 ± 3,9	8,2 ± 4,7	ns
PAPm, mmHg ± DE	46,1 ± 11,4	29,3 ± 9,9	0,0001	46,8 ± 10,8	33,7 ± 7,5	0,0001	42,5 ± 9,2	37,3 ± 11,6	0,05
GC, l/min ± DE	4,1 ± 1,1	4,7 ± 1	0,0001	4,1 ± 1,1	4,7 ± 1	0,0001	4,2 ± 0,9	4,2 ± 0,9	ns
RVP, uW ± DE	9,5 ± 4,4	4,1 ± 2,4	0,0001	9,2 ± 4,1	4,8 ± 1,8	0,0001	8,0 ± 3,2	5,4 ± 2,6	0,002

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: En adultos mayores con HPTEC el tratamiento quirúrgico y hemodinámico mejoran la capacidad funcional y hemodinamia, brindando excelente sobrevida a largo plazo. El tratamiento médico debe reservarse para casos no pasibles de una terapia intervencionista. La discriminación del tratamiento más adecuado para cada paciente en particular debe realizarse por un equipo multidisciplinar.