



6000-194. UTILIDAD DE LA SEPTOSTOMÍA AURICULAR COMO TRATAMIENTO PALIATIVO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR GRAVE Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA

Maite Velázquez Martín, Agustín Albarrán González-Trevilla, Julio García Tejada, María José Ruiz Cano, José Manuel Montezo Cabezas, Beatriz García Aranda Domínguez, Alfonso Jurado Román y Pilar Escribano Subias del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La septostomía auricular (SA) forma parte del algoritmo terapéutico de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) según las últimas guías de práctica clínica. Está indicada en pacientes (ptes) en clase funcional III-IV con insuficiencia cardíaca derecha (ICD) refractaria a tratamiento médico y/o síncope de esfuerzo, como puente al trasplante o si el tratamiento médico no está disponible. La mortalidad descrita asociada al procedimiento es del 2-13%. En el seguimiento la mortalidad es elevada debido a progresión de la enfermedad.

Métodos: Presentamos nuestra experiencia con esta técnica en 7 ptes a los que realizamos 8 procedimientos de SA según el protocolo de dilatación gradual con balón descrita por Sandoval y una fenestración del septo interauricular con *stent*.

Resultados: La etiología de la HAP fue idiopática en 2 ptes, asociada a SAT en 4 y asociada a LES en una pte. Eran 2 varones y 5 mujeres. La indicación fue ICD refractaria en 5 ptes y síncope de esfuerzo en 2 ptes. El tratamiento previo incluía epoprostenol, sildenafil y antagonistas de la endotelina. Todos los procedimientos se realizaron con éxito. El tamaño medio del balón final fue de 11mm. Seguimiento medio de 18 meses (rango 0-67; mediana 10). Se consiguió en todos los ptes la resolución inicial de la ICD refractaria y desaparición de los síncope de esfuerzo. La única complicación grave se produjo en el primer paciente, que cursó con bloqueo AV completo e ictus de repetición por embolias paradójicas. En el seguimiento, en 2 ptes se produjo cierre espontáneo de la SA. La saturación basal de oxígeno contraindicó nueva SA en una y en la otra realizamos una fenestración del septo interauricular con *stent*. En una tercera pte ampliamos el tamaño de la SA a los 18 meses por reducción de éste con recurrencia de síntomas. La supervivencia a 12 meses fue del 50%: 1 pte falleció una semana después durante la implantación de un catéter Hickman, 3 fallecieron por progresión de ICD a los 11,6 meses de media, uno fue trasplantado a los 7 meses de la SA y las 2 ptes a las que hemos repetido la SA/fenestración con *stent* del septo interauricular siguen vivas, 18 y 7 meses después.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la SA realizada de forma electiva, aunque es un procedimiento paliativo, resulta efectiva en proporcionar una mejoría funcional en pacientes con HAP grave severamente comprometidos, con un aceptable nivel de seguridad.