



5025-5. ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE ARTERIAS PULMONARES EN HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA. LOS RESULTADOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL SON EQUIPARABLES A LOS DE SERIES JAPONESAS

M. Teresa Velázquez Martín, Agustín Albarrán González-Trevilla, Fernando Sarnago Cebada, Frank Sliwinski Herrera, Nicolás Manuel Maneiro Melón, Carmen Pérez Olivares Delgado, Águeda Pérez Aurtenetxe, Sergio Huertas Nieto, Allende Pilar Olazabal-Valiente, Laura Lorena Espinosa-Pinzón, Ana Isabel Sabin-Collado, Sergio Alonso Charterina, María Jesús López Gude, Rafael Morales Ruiz y Pilar Escribano Subias, del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La angioplastia con balón de las arterias pulmonares (ABAP) es una técnica consolidada en pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) no operable. La supervivencia a 5 años en series japonesas es ? 98%, existiendo discordancia entre la magnitud de la mejoría hemodinámica de series japonesas (pioneros en ABAP) y europeas, con reducción de resistencias vasculares pulmonares del 45-63% en las primeras y del 26-33% en las segundas. Presentamos los resultados del programa de ABAP de un centro de referencia nacional y europeo para HPTEC y los comparamos con los resultados de series japonesas.

Métodos: Analizamos parámetros hemodinámicos, funcionales, biomarcadores y reducción de requerimientos de medicación específica de los pacientes con programa de ABAP finalizado, así como supervivencia de la cohorte de pacientes sometidos a ABAP, entre mayo de 2013 y abril de 2019.

Resultados: Realizamos 375 ABAP en 101 pacientes, 67 mujeres (66,3%), edad media 62 ± 15 años (19-84). Se desestimaron para cirugía 91 pacientes por afección distal, 3 por comorbilidades y 3 por preferencias personales. Cuatro presentaban hipertensión pulmonar residual posttromboendarterectomía. Seguimiento medio 23 ± 16 (1-70) meses desde inicio del tratamiento. Una paciente falleció 7 días tras primera ABAP por edema de reperfusión grave (mortalidad periprocedimiento 0,99%) y en 3 se interrumpió el tratamiento (octogenarios con mala tolerancia a los procedimientos y escasa mejoría clínica). De los 97 pacientes restantes, 41 han finalizado las ABAP y 56 están en programa activo. La tabla muestra la mejoría hemodinámica, de biomarcadores y de clase funcional y la disminución de requerimientos de medicación específica de los pacientes con tratamiento ABAP finalizado. En el seguimiento solo falleció un paciente, por hemoptisis en el seno de neumonía, 23 meses tras primera ABAP, con programa ya finalizado. Así, a 6 años, la supervivencia de nuestra serie de ABAP es del 98,9%.

Cambios en los parámetros hemodinámicos, funcionales y de biomarcadores y reducción de medicación específica tras finalizar programa de ABAP

	Valores basales	Valores finales	% mejora	p
Clase funcional OMS (I/II/III/IV)	0/9,8/70,7/19,5%	43,9/53,6/2,5/0%	NA	0,001
Prueba de la marcha de 6 minutos (PM6M)	397 ± 98 m	458 ± 101 m	61 m	= 0,003
Presión arterial pulmonar media	49,3 ± 13 mm Hg	33,3 ± 9,1 mm Hg	-32,4%	0,001
Resistencias vasculares pulmonares	9,98 ± 5,3 U.W	4,4 ± 1,9 U.W	-55,9%	0,001
Índice cardiaco (l/min/m ²)	2,4 ± 0,7	2,8 ± 0,5	+16,6%	= 0,018
Saturación arterial periférica de oxígeno	94,3 ± 3,3%	96 ± 2,8%	+1,8%	= 0,002
Saturación de oxígeno en arteria pulmonar	63 ± 7,2%	68,7 ± 4,8%	+9%	0,001
NT-proBNP	1249 ± 1212 pg/dl	218 ± 274 pg/dl	-82,5%	0,001
Medicación específica para HAP (triple terapia/doble terapia/un fármaco/ningún fármaco)	11/16/13/1	3/8/23/7	NA	0,001

OMS: Organización Mundial de la Salud; U.W: unidades Wood; NT-proBNP: propéptido natriurético cerebral N-terminal.



Conclusiones: Los resultados hemodinámicos y supervivencia del tratamiento de ABAP en pacientes con HPTEC no operable en un centro nacional y europeo de referencia para HPTEC son comparables a los de las series japonesas. Además, la mejoría funcional y la reducción de requerimientos de medicación específica que se consigue con el tratamiento posicionan progresivamente la ABAP como primera opción terapéutica en pacientes no subsidiarios de cirugía.