



## 6040-548. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VERSUS MÉDICO EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA: ¿CUÁL ES LA MEJOR OPCIÓN TERAPÉUTICA?

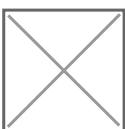
Belén Díaz Antón, Roberto del Pozo Rivas, María Jesús López Gude, Sergio Alonso Catherina, María Teresa Velázquez, M<sup>a</sup> José Ruiz Cano, Carmen Jiménez López Guarch y Pilar Escribano del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La endarterectomía pulmonar (EP) es el tratamiento potencialmente curativo de la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC). Entre un 30-60% de pacientes con HPTEC son considerados inoperables debido a lesiones distales o comorbilidades y reciben tratamiento médico (TM). El objetivo de nuestro estudio fue comparar las características basales y la evolución de los pacientes con HPTEC a los que se realizó EP y aquellos que recibieron TM.

**Métodos:** Se analizaron de forma retrospectiva 188 pacientes consecutivos diagnosticados de HPTEC desde 1996 hasta febrero de 2014 (52,1% mujeres,  $55 \pm 15$  años). De ellos, 100 (53,2%) fueron sometidos a EP y 88 (46,8%) recibieron TM. Se compararon clase funcional (CF), test de la marcha de seis minutos (TM6M), NT-proBNP, parámetros ecocardiográficos y variables hemodinámicas al diagnóstico y al año de la EP o de haber iniciado TM.

**Resultados:** Los pacientes sometidos a EP fueron en su mayoría hombres (63%,  $p = 0,008$ ) y más jóvenes ( $51 \pm 14$ ,  $p = 0,001$ ). El perfil hemodinámico, la función del VD y la capacidad funcional no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. Al año de seguimiento, los pacientes intervenidos quirúrgicamente se encontraban mayoritariamente en CF I-II, con mejor evolución en los parámetros ecocardiográficos, NT-proBNP y hemodinámicos que los que recibieron TM. Solo el 16% de los pacientes operados recibía tratamiento específico por HP residual. Las características basales y de seguimiento de los pacientes se resumen en la tabla. La supervivencia a los 1, 3 y 5 años para EP vs TM fue de 95%, 88% y 85% vs 95%; 84% y 76%, respectivamente ( $p = 0,045$ ) (fig.).



*Supervivencia EP versus TM.*

| Características basales y al año tras la EP |    |      |   |
|---------------------------------------------|----|------|---|
| Características basales                     | QX | noQX | p |

|                                             |               |               |       |
|---------------------------------------------|---------------|---------------|-------|
| Clase funcional NYHA I-II (%)               | 54            | 46            | 0,844 |
| TM6M (metros)                               | 379 ± 120     | 343 ± 142     | 0,124 |
| Valor NTproBNP                              | 1.316 ± 1.424 | 1.762 ± 1.836 | 0,183 |
| Resistencia vascular pulmonar (UW)          | 10 ± 5        | 11 ± 6        | 0,43  |
| Gasto cardiaco (l/min)                      | 4 ± 1         | 4 ± 1         | 0,346 |
| Diámetro diastólico ventrículo derecho (mm) | 44 ± 10       | 42 ± 9        | 0,323 |
| Índice de Tei                               | 0,5 ± 0,2     | 0,6 ± 0,2     | 0,075 |
| CARACTERÍSTICAS AL AÑO                      | QX            | noQX          | p     |
| Clase funcional NYHA I-II (%)               | 97,5          | 65,6          | 0,001 |
| TM6M (metros)                               | 469 ± 70      | 374 ± 125     | 0,001 |
| Valor NTproBNP                              | 290 ± 396     | 1.141 ± 1.479 | 0,012 |
| Tratamiento específico (%)                  | 16            | 84            | 0,001 |
| Resistencias vasculares pulmonares (UW)     | 3 ± 2         | 9 ± 5         | 0,001 |
| Gasto cardiaco (l/min)                      | 5,3 ± 1       | 4,4 ± 1       | 0,015 |
| Diámetro diastólico ventrículo derecho (mm) | 34 ± 6        | 42 ± 9        | 0,001 |
| Índice de Tei                               | 0,3 ± 0,2     | 0,5 ± 0,2     | 0,002 |

**Conclusiones:** En nuestra serie la EP se muestra claramente superior con respecto al TM. Estos resultados confirman a la EP como la primera opción terapéutica en pacientes con HPTEC y lesiones accesibles a la cirugía.