



Revista Española de Cardiología



5014-7. SEPTOSTOMÍA AURICULAR ELECTIVA EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN PULMONAR GRAVE Y TRIPLE TERAPIA. BENEFICIO ADICIONAL COMO TERAPIA PALIATIVA O PUENTE A TRASPLANTE ANTE EL FRACASO DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Maite Velázquez Martín, Agustín Albarrán González-Trevilla, Julio García Tejada, Carolina Granda Nistal, Elena Puerto García Martín, Carlos Andrés Quezada, Carmen Jiménez López Guarch y M. Pilar Escribano Subias del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La utilidad de la septostomía auricular (SA) bajo triple terapia específica (TTE) para hipertensión arterial pulmonar (HAP) no ha sido evaluada. Su uso se ha visto limitado por las tasas de mortalidad del procedimiento (5%) y periprocedimiento (16%) y, porque el momento más adecuado para obtener el máximo beneficio con esta técnica, es incierto. El objetivo de este estudio fue analizar el beneficio clínico obtenido con la SA en una serie de pacientes bajo TTE, así como su morbimortalidad.

Métodos: Entre 2005 y 2014 realizamos 10 SA y una fenestración con *stent* del septo interauricular (FSSIA) en 9 pacientes (tabla). Se indicó SA por insuficiencia cardíaca derecha refractaria (ICDR) y/o síncope de esfuerzo. Se realizó en fases avanzadas de la enfermedad ante el fracaso del tratamiento médico, pero no como rescate en situación terminal. Media 44 años, 7 mujeres. Todos en clase funcional III-IV, 7 recibían TTE con prostanoideos sistémicos (PS), antagonistas de los receptores de la endotelina e inhibidores de la fosfodiesterasa (IFD2) y 2 doble terapia con PS e IFD2.

Resultados: En todos los pacientes se resolvió la ICDR y desaparecieron los síncope. El primer paciente presentó bloqueo AV completo. No hubo otras complicaciones asociadas a la técnica. Seguimiento medio 22 meses (rango 0-67). En 3 pacientes (33%) se redujo el tamaño del defecto: 2 cierres espontáneos (en una realizamos FSSIA) y una reducción del tamaño con recurrencia de síntomas, realizando nueva dilatación con balón. La supervivencia fue a 30 días 88%, a 6 meses 75% y al año 57%: 1 paciente falleció a la semana de la SA durante inducción anestésica para implante de catéter Hickman, 3 fallecieron por progresión de IC derecha (6, 10 y 19 meses tras SA), 3 fueron trasplantados con éxito (3, 7 y 9 meses tras SA, 2 siguen vivos) y las 2 restantes siguen vivas, 49 y 38 meses tras la SA, en clase II, sin síncope ni ICDR. La paciente con FSSIA no ha presentado reoclusión ni migración del dispositivo 38 meses después.

Características basales de los pacientes y datos de los procedimientos de septostomía auricular

Etiología HAP y sexo	Edad (años)	Indicación SA	Tratamiento previo	Tamaño máximo balón	Presión media de aurícula derecha basal (mmHg)	Presión arterial pulmonar basal (mmHg)	Saturación de O ₂ en aorta pre- SA	Saturación de O ₂ en aorta post- SA	PTDVI pre-SA (mmHg)	PTDVI post-SA (mmHg)
Idiopática, varón	39	IC derecha refractaria	Epoprostenol + sildenafilo	14 mm	8	55/26,36	96%	88%	9	9
Síndrome del aceite tóxico, varón	30	IC derecha refractaria	Epoprostenol + sildenafilo	10	12	102/36,64	92%	84%	8	14
Síndrome del aceite tóxico, mujer	54	IC derecha refractaria	Triple terapia	8	17	100/34,60	89%	81%	6	8
Síndrome del aceite tóxico, mujer	52	IC derecha refractaria	Triple terapia	14	4	80/36,54	90%	91%	5	5
Idiopática, mujer	20	Síncopes de esfuerzo	Triple terapia	1ª:16 mm	1ª: 7	1ª: 74/30,55	1ª: 96%	1ª: 90%	1ª: 7	1ª: 8
					2ª: 9		2ª: 88%	2ª: 82%	2ª: 10	2ª: 13
				2ª:8 mm		2ª: 84/32,52				
Idiopática, mujer	64	Síncopes de esfuerzo	Triple terapia	1ª 16 mm	8	70/29,46	95%	92,5%	13	17
				2ª FSSIA						
Lupus eritematoso sistémico, mujer	40	IC derecha refractaria	Triple terapia	12	13	57/16,36	90%	77%	10	10

Idiopática familiar, mujer	40	Síncopes	Triple terapia	12 mm	17	115/49,75	94%	86%	8	13
Idiopática, mujer	58	Síncopes de esfuerzo	Triple terapia	16 mm	5	80/36,49	90%	88%	6	7

Conclusiones: En nuestra experiencia, la SA en pacientes bajo TTE para HAP, realizada de forma electiva en fases tardías de la enfermedad, ante el fracaso del tratamiento médico, pero antes de que el paciente esté en fase terminal: 1) se asocia a una baja morbilidad periprocedimiento y 2) es efectiva en proporcionar una mejoría funcional en pacientes con HAP grave con ICDR o bajo gasto, bien sea como tratamiento paliativo o como puente al trasplante pulmonar.