



4010-7. ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR MIXTA EN POTENCIALES CANDIDATOS A TRASPLANTE CARDIACO

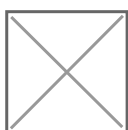
Josebe Goirigolzarri Artaza, Diego Jiménez, Jorge Vázquez López-Ibor, Francisco José Hernández Pérez, Manuel Gómez-Bueno, Juan Francisco Oteo Domínguez, Luis Pulpón-Rivera y Javier Segovia Cubero del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La hipertensión pulmonar (HTP) mixta puede suponer una contraindicación para el trasplante cardiaco (TxC) pues el riesgo de que el ventrículo derecho fracase tras la cirugía es alto. El manejo tras un test vasodilatador (VD) agudo, incluyendo VD pulmonares como el sildenafil (SLNF) o el implante de asistencia ventricular (LVAD) es a veces complejo y sus resultados no siempre bien conocidos. El objetivo es describir las estrategias utilizadas en pacientes potencialmente candidatos a TxC.

Métodos: Se han analizado retrospectivamente los pacientes con HTP mixta valorados para TxC entre septiembre 2008-mayo 2017 que fueron tratados con SLNF o LVAD tipo EXCOR. HTP se definió cumpliendo al menos 2 de: (PAPs) ≥ 60 mmHg, gradiente transpulmonar (GTP) ≥ 15 mmHg y resistencia vascular pulmonar (RVP) $\geq 3,5$ Unidades Wood. Se analizaron parámetros clínicos, ecocardiográficos y del cateterismo basal, tras test VD y previo al TxC. Se describió mejoría con SLNF como mejoría clínica o llegar a TxC sin fracaso de VD posterior.

Resultados: Incluimos 28 pacientes, con una mediana de edad de 55 años [46-60]. 4 pacs (14,3%) recibieron LVAD directamente y 24 SLNF (85,7%), de los cuales 4 recibieron LVAD en un segundo tiempo. La mediana de tiempo con SLNF fue 102 días [48-441] con un tiempo medio hasta el cateterismo de control de 117 días [85-121,5]. Nueve de los 24 pacientes (37,5%) con SLNF presentaron mejoría, de los cuales 6 (25% del total) recibieron TxC y 3 mejoraron clínicamente, pudiendo en 1 caso retirar de lista de espera de Tx cardiopulmonar. Un paciente suspendió SLNF por IC. No se objetivaron diferencias significativas en características clínicas/ecocardiográficas. Hemodinámicamente, solo resultó significativa una menor PAPs en test VD (42,1 mmHg en respondedores frente a 56 mmHg no, $p = 0,01$). En el grupo de LVAD, 7 de los 8 pacientes (87,5%) llegaron al TxC. El paciente restante falleció por un ACVA tras implante de LVAD. El implante consiguió una clara mejoría hemodinámica preTxC (tabla), con mayor gasto e índice cardíacos respecto a aquellos con SLNF ($5,75 \pm 0,7$ L/min frente a $4,5 \pm 0,5$ L/min y $3 \pm 0,2$ L/min/m² frente a $2,25 \pm 0,22$ L/min/m² respectivamente).



Evolución inicial de los pacientes tratados con sildenafil.

Cateterismo pretrasplante cardiaco en pacientes con SLNF frente a LVAD

Cateterismo derecho pretrasplante	Portadores de LVAD	Tratamiento con SLNF	p
AD (mmHg)	6,8	9,8	0,2
PAPs (mmHg)	39,5	48,5	0,16
PAPd (mmHg)	16	20,3	0,2
PAPm (mmHg)	24,1	29,7	0,2
PCP (mmHg)	12,3	17,7	0,15
GTP (mmHg)	11,8	11,7	0,9
RVP (Unidades Wood)	2	2,7	0,2
GC (L/min)	5,75	4,48	0,01
IC (L/min/m ²)	3	2,25	0,01

AD: aurícula derecha; PAP: presión arteria pulmonar (s: sistólica, d: diastólica, m: media); PCP: presión de enclavamiento; GTP: gradiente transpulmonar; RVP: resistencias vasculares pulmonares; GC: gasto cardiaco; IC: índice cardiaco.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el implante de LVAD es una medida eficaz para disminución de HTP. El SLNF tiene un buen perfil de seguridad y confiere una mejoría en más de un tercio de los pacientes, permitiendo en un 25% el TxC sin necesidad de implante de LVAD.