



6040-548. DIAGNÓSTICO DE CERTEZA DE LA COMPRESIÓN DEL TRONCO COMÚN IZQUIERDO POR ANEURISMA DE ARTERIA PULMONAR MEDIANTE ECO INTRACORONARIO. GARANTÍA DE UNA EXCELENTE SUPERVIVENCIA LIBRE DE EVENTOS

Maite Velázquez Martín¹, Agustín Albarrán González Trevilla¹, Jorge Nuche Berenguer¹, José Manuel Montero Cabezas², M. Carmen Jiménez López-Guarch¹, Fernando Sarnago Cebada¹, Julio García Tejada¹, Sergio Alonso Charterina¹, Laura Espinosa Pinzón¹ y M. Pilar Escribano Subías¹, del ¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y ²Leiden University Medical Center, Leiden (Países Bajos).

Resumen

Introducción y objetivos: El dolor torácico existe en 40% de los pacientes con hipertensión pulmonar (HP). Una de las causas es la compresión del tronco coronario izquierdo (CTCI) entre el seno coronario izquierdo y la arteria pulmonar (AP) dilatada. Las series diagnostican CTCI mediante coronariografía (CG), si existe estenosis angiográfica ? 50% en la proyección más desfavorable. Sin embargo, la CG tiene limitaciones para valorar la estenosis del tronco común izquierdo (TCI). Analizamos la supervivencia libre de eventos en una cohorte de pacientes con sospecha de CTCI cuyo diagnóstico y tratamiento se guiaron no por CG, sino por eco intracoronario (EIC).

Métodos: Desde 2010 buscamos CTCI en pacientes con HP y dolor torácico, isquemia en ergometría, sospecha de CTCI en angio-CT o tamaño arteria pulmonar ? 40 mm. La CG se consideró positiva para CTCI si existía estenosis ? 50% en todas las proyecciones; negativa cuando no se observó estenosis ? 50% en ninguna proyección y dudosa si se observó estenosis ? 50% en unas proyecciones sí y en otras no. Si la CG fue dudosa se realizó EIC para aclarar el diagnóstico (CTCI si área mínima luminal ? 6 mm²). Si la CG o el EIC diagnosticaron CTCI se implantó *stent*. Los objetivos clínicos en el seguimiento fueron: muerte, trasplante, infarto, ictus, nueva revascularización TCI y trombosis *stent*.

Resultados: Sospechamos CTCI en 23 pacientes con HP entre 2010-2018 (tabla). La CG fue positiva para CTCI en 7 pacientes (30,4%) y dudosa en 9 (39,1%). El EIC confirmó CTCI en 2 de los 9 pacientes con CG dudosa (22%). En los pacientes con CG positiva para CTCI se hizo EIC previo a *stent* y en 2 de los 7 pacientes en los que la CG fue positiva para CTCI el EIC lo descartó (área mínima luminal de 8,7 y 6,8 mm² respectivamente), no implantando *stent*. El diagnóstico final de CTCI se estableció así en 7 pacientes, implantándose *stent* farmacoactivo con éxito en los 7. Seguimiento medio 39,8 ± 42 meses (1-198). Un paciente requirió trasplante pulmonar por progresión HP 7 meses tras *stent*. No hubo otros eventos clínicos en el seguimiento.

Características clínicas y demográficas

Edad	50 ± 15 (25-73) años
Sexo	13 (56,5%) mujeres
Tamaño AP en angio-TC	51,7 ± 17 (28-91) mm
Presión arterial pulmonar media en cateterismo derecho	51,6 ± 19 (19-97) mmHg
Clase OMS	I: 6 (26,1%)
	II: 9 (39,1%)
	III: 8 (34,8%)
	Triple terapia: 8 (34,8%)
	Doble terapia: 6 (26,1%)
Tratamiento específico HP	Terapia única: 2 (8,7%)
	Sin tratamiento específico: 6 (26,1%)
	Bloqueantes canales del calcio: 1 (4,3%)
	Cardiopatía congénita: 10 (43,5%)
	Hipertensión arterial pulmonar idiopática: 5 (21,7%)
Etiología HP	Grupo 3: 2 (8,7%)
	Grupo 4: 1 (4,3%)
	Asociada a VIH: 1 (4,3%)
	Asociada a aceite tóxico: 1 (4,3%)

Asociada a enfermedad tejido conectivo: 1 (4,3%)

Dilatación idiopática de AP: 1 (4,3%)

Arteritis de Takayasu: 1 (4,3%)

Angina: 9 (39,1%)

Sospecha CTCl en angio-TC: 2 (8,7%)

Motivo sospecha CTCl

Isquemia en ergometría: 4 (17,4%)

Búsqueda activa por AAP: 4 (17,4%)

Hallazgo en CG pretrasplante pulmonar: 4 (17,4%)

Conclusiones: El EIC es la técnica diagnóstica de elección en la sospecha de CTCl. El diagnóstico angiográfico de CTCl presenta una elevada tasa de sobrediagnóstico, conllevando implantes innecesarios de *stent*. La supervivencia libre de eventos en el seguimiento de los pacientes con sospecha de CTCl cuyo diagnóstico y tratamiento se guio por EIC es excelente.