Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 847

Revista Española de Cardiología

6013-447. COMUNICACIÓN INTERAURICULAR CERRADA EN EDAD ADULTA: ¿DIAGNOSTICAMOS ADECUADAMENTE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR?

Icíar García Ormazábal, Diana Segovia Herreras, Tomás Cantón Rubio, Pedro Lima Cañadas, María Lázaro Salvador, Belén Santos González y Luis Rodríguez Padial del Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción: la comunicación interauricular (CIA) produce elevación de presiones pulmonares por hiperaflujo, con resistencias vasculares pulmonares (RVP) en rango normal. En estos casos, las presiones pulmonares se normalizan inmediatamente después del cierre del *shunt*. Sin embargo, algunos pacientes con *shunt* sistémico-pulmonar a través de una CIA desarrollan enfermedad vascular pulmonar. En ellos, las RVP están elevadas y no se normalizan inmediatamente tras el cierre del *shunt*. Esta enfermedad vascular pulmonar ya iniciada, puede resolverse o evolucionar a pesar de la ausencia de cortocircuito, dando lugar a hipertensión arterial pulmonar (HAP) progresiva.

Objetivos: Observar la posible aparición y evolución de HAP a largo plazo tras el cierre de la CIA.

Métodos: Desde 2006 a 2012, en nuestro centro, se han intervenido 57 CIAS, 15 de forma percutánea y 41 quirúrgicamente. De ellas, 45 eran tipo ostium secundum, 3 ostium primum, 2 seno venoso y 7 asociadas a otras cardiopatías congénitas (2 enfermedad de Ebstein, 4 drenaje venoso anómalo y 1 cor triatiatum). De los 57 pacientes, 15 eran varones y 42 mujeres, con una edad media de 46 ± 16 años.

Resultados: La presión sistólica pulmonar (PSP) estimada por ecocardiografía antes del cierre fue de 48 ± 14 mmHg y el Qp/Qs 2,5 ± 0,9. No está protocolizada la medida invasiva de presiones pulmonares previo al cierre de la CIA si por ecocardiografía no hay datos de HAP. Disponemos de medidas por cateterismo derecho de 18 pacientes. De ellos, sólo 3 tenían las RVP pulmonares elevadas (5.2% del total de pacientes). En el seguimiento ecocardiográfico (mínimo 6 meses), hasta un 15,78% mostraban signos directos o indirectos de hipertensión pulmonar (según las guías vigentes). Sin embargo, se encontró una reducción estadísticamente significativa de las PSP tras el cierre de la CIA (31 ± 13 mmHg, $p < 0,0001$).

Conclusiones: El cierre quirúrgico o percutáneo de la CIA produce bajada significativa e inmediata de las presiones pulmonares, lo cual no excluye desarrollo de HAP a largo plazo. Proponemos generalizar la medida invasiva de RVP en los pacientes que vayan a ser intervenidos de CIA para detectar aquéllos con enfermedad vascular pulmonar y protocolizar el seguimiento tras el cierre, quirúrgico o percutáneo.