Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 1049

Revista Española de Cardiología

6040-481. ANEURISMAS DE ARTERIAS PULMONARES EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR. ¿PODEMOS PREDECIR SU DESARROLLO?

Jorge Nuche Berenguer[1], José Manuel Montero Cabezas[2], M. Carmen Jiménez López-Guarch[1], Maite Velázquez Martín[1], Sergio Alonso Charterina[1], M. José Ruiz Cano[1], Ignacio Hernández González[1] y M. Pilar Escribano Subias[1] del [1]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, y [2]Leiden University Medical Center, Leiden (Países Bajos).

Resumen

Introducción y objetivos: La detección de Aneurismas de Arteria Pulmonar (AAP) en pacientes de hipertensión arterial pulmonar (HAP) está creciendo. Suelen ser asintomáticos, pero tienen complicaciones que son tratables. Las guías de práctica clínica recomiendan (IIa-C) realizar un TAC al diagnóstico de HAP, pero no describen la necesidad de realizar otras pruebas de imagen en el seguimiento. Queremos determinar si en el momento del diagnóstico de la HAP podemos predecir qué pacientes están en riesgo de desarrollar un AAP y pueden beneficiarse de una prueba de imagen durante el seguimiento.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con HAP de nuestra unidad hasta 2015 a los que se había realizado una prueba de imagen (TAC o resonancia magnética (RM)) al diagnóstico o en la evolución. Se define AAP como una dilatación de la arteria pulmonar mayor de 40 mm. Se compararon características basales, variables hemodinámicas al diagnóstico de la HAP (fecha del primer cateterismo) y variables ecográficas. Realizamos un análisis univariante comparando a los que desarrollaron un AAP con los que no. Incluimos posteriormente en un análisis multivariante aquellas variables que mostraron diferencias con una p 0,20, manteniendo en el modelo aquéllas que presentaban diferencias con p ? 0,05.

Resultados: De 461 pacientes con HAP se había realizado TAC o RM a 200. 77 tenían un AAP y de éstos, 11 presentaron alguna complicación. La conectivopatía y síndrome del aceite tóxico, la presencia de mutación (BMPR2, KCNK3 o TBX4), el diámetro telediastólico del ventrículo derecho, la presión arterial pulmonar media, la presión sistólica pulmonar y los meses de evolución de la HAP en el momento de la prueba de imagen se incluyeron en el análisis multivariante. Los pacientes con HAP secundaria a conectivopatía tienen menor riesgo de desarrollar AAP (HR: 0,236; p: 0,037; IC95%: 0,06-0,92). El tiempo de evolución es un factor de riesgo para el desarrollo de AAP (HR: 1,01; p: 0,016; IC95%: 1,002-1,019). El tiempo mediano de seguimiento en estos pacientes en el momento de la realización de la prueba de imagen fue de 62 meses (Q1: 7-Q3: 111).

Resultado del análisis multivariante

	Coeficiente de regresión	HR	IC95%	p

Constante	-3,253	0,039		0,031
Conectivopatía	-1,445	0,236	0,06-0,920	0,037
Síndrome de aceite tóxico	1,839	6,289	0,936-42,264	0,059
Mutación	-1,95	0,142	0,017-1,211	0,074
Diámetro telediastólico del ventrículo derecho	0,053	1,054	0,064-1,054	0,064
Presión sistólica pulmonar	-0,033	0,968	0,929-1,009	0,968
Presión arterial pulmonar media	0,051	1,053	0,988-1,122	0,12
Tiempo de evolución (meses)	0,01	1,010	1,002-1,019	0,016

Conclusiones: La inclusión de TAC o RM en el seguimiento de los pacientes con HAP permitiría diagnosticar AAP y poder así prever el desarrollo de complicaciones. En los pacientes con conectivopatía, estos controles radiológicos podrían reducirse, por tener menor riesgo de AAP.