Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 880

Revista Española de Cardiología

6021-312. TROMBECTOMÍA PERCUTÁNEA EN EL TEP DE ALTO RIESGO Y RIESGO INTERMEDIO-ALTO. EXPERIENCIA INICIAL

Ana Isabel Santos Sánchez, Leyre Ucar Rodríguez, Aitziber Munarriz Arizcuren, Valeriano Ruiz Quevedo, Alba Sádaba Cipriain, Carolina Tiraplegui Garjón, Óscar Agudo Pascual y Pablo Bazal Chacón del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Resumen

Introducción y objetivos: En la tromboembolia pulmonar (TEP), la estratificación pronóstica en el momento diagnóstico permite ajustar su tratamiento. Los casos de mayor mortalidad son los del grupo riesgo alto, y subgrupo intermedio-alto, siendo una opción terapéutica la trombectomía percutánea. El objetivo de esta presentación es la revisión de los casos de TEP que han requerido trombectomía percutánea en nuestro centro desde la instauración de este tratamiento.

Métodos: Revisión de los casos de trombectomía percutánea de embolia pulmonar desde mayo de 2016 hasta marzo de 2017 para recoger las variables clínicas, de exploración física, laboratorio e imagen, tratamiento inicial y motivo del intervencionismo, el intervencionismo y evolución posterior.

Resultados: Cuatro pacientes con TEP recibieron tratamiento percutáneo. Un paciente (caso 1) era de riesgo inicial intermedio-alto, aconteciendo durante un ingreso por sangrado digestivo y sepsis secundarias a una intervención de neoplasia de páncreas. Los otros 3 eran casos ambulatorios de alto riesgo. Todos ingresaron en UCI, uno de ellos permaneció las primeras horas en Observación. Dos de los casos de riesgo alto (casos 3 y 4) recibieron fibrinólisis, sin mejoría hemodinámica, y en el tercero (caso 2) no se administró al tratarse de una hemorragia cerebral reciente. El caso de riesgo intermedio-alto (caso 1) se complicó con hipotensión refractaria a tratamiento de soporte, sin lugar para la fibrinólisis dada la hemorragia y cirugía recientes. En cuanto al intervencionismo, en el caso 2, el procedimiento se complicó con perforación de VD, taponamiento cardiaco y parada cardiorrespiratoria. En cuanto al resto, el caso 1 falleció a las 48 horas a consecuencia del componente séptico que determinó una nefasta evolución, el caso 3 presentó mejoría hemodinámica aunque requiriendo de asistencia ventricular temporal con ECMO durante 72 horas, con función de VD normal tras su retirada y el caso 4 no requirió más soporte tras el procedimiento, con PSAP al alta de 32 mmHg.

Conclusiones: Cuatro pacientes con TEP de alto riesgo o intermedio-alto con mala evolución requirieron tratamiento percutáneo, todos en estado de *shock* persistente tras fibrinólisis o sin opción a dicho tratamiento. La mortalidad en estas situaciones es muy superior al 50%. En nuestra experiencia inicial, este tratamiento parece una opción adecuada para mejorar el fatal pronóstico de estos pacientes.