

#036 | Remodelado reverso del ventrículo derecho posterior a tromboendarterectomía pulmonar en paciente con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica.

Gabriela Talmón¹; Larissa Scheffel¹; Gabriela Pascal¹

¹ - Hospital Maciel.

Introducción:

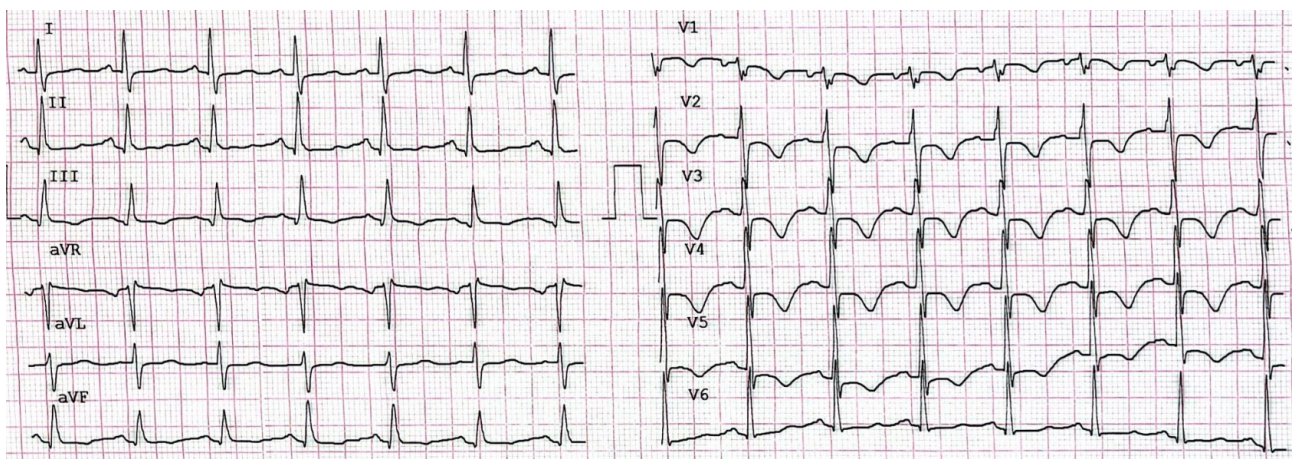
La Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica (HTPTEC) es una enfermedad que resulta de la obstrucción persistente de las arterias pulmonares tras episodios de embolia pulmonar (EP) sin resolver. Presenta alta morbimortalidad que conduce al deterioro de la función del ventrículo derecho (VD) de no mediar un diagnóstico y tratamiento oportuno. La tromboendarterectomía pulmonar (TEAP) es la única opción terapéutica pretendidamente curativa para pacientes seleccionados.

Historia clínica:

Mujer 30 años, sin antecedentes personales a destacar, derivada a policlínica de cardiología por múltiples episodios sincopales y progresión de su disnea de esfuerzo habitual pasando de clase funcional (CF) II a III. Al examen físico, se destaca taquicardia de 105 lpm. Polipnea 24 rpm, SATO2 94% ventilando espontáneamente al aire, murmullo alveolo vesicular presente bilateral, sin estertores.

Pruebas complementarias:

Electrocardiograma (ECG) inicial (*Figura 1*). Taquicardia sinusal 100cpm, sobrecarga auricular derecha, patrón S1Q3T3 y elementos de sobrecarga biventricular. Ecocardiograma transtorácico inicial (ETT) revela dilatación de cavidades derechas con disfunción sistólica, signo de D-shape e insuficiencia tricúspideas severa, PSAP 70mmHg (*Tabla 1*). Con planteo de tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo de alta probabilidad y riesgo intermedio bajo (PESI > 1, Tropl negativo) se realiza angiotomografía concluyente con TEP bilateral de aspecto agudo a nivel de arteria lobar superior derecha y lobar inferior izquierda, con elementos de aspecto crónico en el resto de las arterias. Se inicia anticoagulación oral con warfarina por 3 meses, condición necesaria para posteriormente valorar la circulación pulmonar a través de un cateterismo cardiaco derecho (CCD) sin la adición del componente trombótico agudo. Se obtiene un nuevo ETT de control (*Tabla 1*) y el informe del CCD, el cual confirma la HP y define un fenotipo precapilar (PAPm 31mmhg, PCP 5mmHg, RVP 6Uw) con la visualización de una enfermedad vascular obstructiva bilateral a predominio segmentario y subsegmentario. (*Figura 1*)



(Tabla1)

	DIAGNÓSTICO	POSTERIOR A ACO	POSTERIOR TEAP
Ecocardiograma Transtorácico	AD 28Cm2 VD medio 43mm SGL VD -12.5% TAPSE/PSAP 0.22	AD 22Cm2 VD medio 40mm SGL VD -13% TAPSE/PSAP 0.37	AD 14Cm2 VD medio 34mm SLG VD -14.8% TAPSE/PSAP 0.44
NT-proBNP	359 ng/L	823 ng/L	125ng/L
6MWD	90 MTS	221 MTS	442 MTS
WHO - FC	III	III	I

Diagnóstico:

HTP de tipo 4, correspondiente a la HTPTEC. La mejor opción terapéutica se evalúa dentro de un equipo multidisciplinario concluyendo que la paciente es candidata para la TEAP. Durante la intervención se extrae material trombótico escaso con gran componente oclusivo distal, inaccesible durante el procedimiento (Figura2) La paciente se revalora tras al procedimiento, evidenciando una franca mejoría sintomática y de los parámetros pronósticos, con remodelado reverso del VD (Tabla1). (Figura2)



Discusión:

El diagnóstico oportuno de la HTPTEC ofrece un tratamiento pretendidamente curativo mediante la TEAP en pacientes seleccionados, especialmente en aquellos con lesiones proximales. Se presentó un caso clínico de una paciente con significativa oclusión distal lo que resultó en una extracción limitada de material trombótico durante la TEAP. A pesar de esta limitación, se observó una respuesta favorable del VD tras la eliminación del componente oclusivo pulmonar y la consecuente disminución de su postcarga, logrando la remodelación inversa del VD y mejorando sustancialmente su desempeño hemodinámico. La resolución de nuestra paciente es el resultado de un manejo que establece un precedente a seguir para futuras iniciativas dirigidas al manejo de la HTPTEC.