



T-28. - TROMBOSIS PULMONAR RESIDUAL E HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON UN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

A. Alibalic, M. Espuis, J. Porras, M. Milián, G. Guillen, A. Martí, I. Pérez, C. Richart

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Resumen

Objetivos: Describir la incidencia y relación de la trombosis pulmonar residual (TPR) y la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) en los pacientes en seguimiento tras un tromboembolismo pulmonar (TEP) en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

Métodos: Estudio descriptivo transversal retrospectivo de los pacientes en seguimiento ambulatorio diagnosticados de TEP durante el periodo de tiempo comprendido entre enero del 2009 y abril del 2013. Se revisaron los resultados del angio-TAC pulmonar (TAC-P) y del ecocardiograma (ECOC) obtenidos en el momento del diagnóstico de TEP y los realizados durante el seguimiento a los 12 meses del evento agudo. Respecto a la ECOC se definió que un paciente era sospechoso de estar desarrollando una HPTEC cuando cumplía uno o más de los siguientes criterios ECOC: PAPs > 40 mmHg, presencia de dilatación auricular derecha, presencia de disfunción ventricular derecha, TAPSE < 20 mm. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 19.0.

Resultados: Se incluyeron 190 pacientes: 45,3% hombres y 54,7% mujeres. En 179 pacientes se realizó un TAC-P diagnóstico, positivo en 173 casos (96,6%), un ECOC en 172 pacientes, en 83 casos (48,2%) con signos ECOC sugestivos de una hipertensión pulmonar aguda (HPA). Se practicó un TAC-P de control en 64 pacientes, 12 meses tras el diagnóstico de TEP, demostrándose persistencia de material trombótico en 13 (20,3%), mientras que en el 79,7% la prueba se había normalizado. En 77 pacientes se realizó un ECOC de control al año. En 17 pacientes se demostraba la presencia de signos ECOC de una posible hipertensión pulmonar (HP). En 4 de ellos los signos de HP aparecían en pacientes cuya ECOC al diagnóstico de TEP había sido normal. Los pacientes que presentaron signos de HPA en el momento del diagnóstico de TEP tenían un riesgo 4,25 veces superior de presentar signos ecocardiográficos de HP respecto de aquellos cuya ECOC inicial era normal. Finalmente, estudiamos la posible relación entre la persistencia o no de material residual trombótico en el TAC-P de control y la presencia de signos sugestivos de una HP en el estudio ECOC de seguimiento. Pudimos estudiar 43 pacientes en los que se habían realizado ambas pruebas. En un total de 13 pacientes se demostraba la presencia de signos ECOC de HP, dos (15,4%) pacientes presentaban en el TAC-P de control la persistencia de material trombótico residual, mientras que en los 11 (84,6%) pacientes restantes, el TAC-P de control fue normal. En el 32,3% de los pacientes cuyo TAC-P de control era normal se detectaba algún signo en ECOC sugestivo de HPTEC.

Discusión: La relación entre la TPR tras haber sufrido un TEP y el desarrollo de una HPTEC es tema de debate aún no resuelto. La incidencia de HPTEC sintomática en pacientes que han sufrido un episodio de TEP oscila según las series y el periodo de seguimiento, llegando a ser de hasta un 3,8% a los 2 años de haberse producido el evento agudo. En nuestro estudio se demostró la presencia de TPR hasta en un 20,3% de los pacientes en que se practicó el TAC-P de control. En último término, en los 13 casos en que pudimos comparar la presencia de signos ECOG de una posible HPTEC con el resultado del TAC-P de control, el 84,6% de los casos presentaba una normalización de dicha prueba. Estos resultados reflejarían una escasa relación entre TRP detectada por el TAC-P de control y los signos ECOG de un posible desarrollo de una HPTEC. Nuestros resultados tienen limitaciones como son el número de pacientes estudiados y la sensibilidad diagnóstica de la ECOG para la HP.

Conclusiones: En los pacientes que ha sufrido un TEP no parece existir correlación entre la TRP detectada por TAC-P y la presencia de signos ECOG de HPTEC transcurridos 12 meses desde el evento agudo. Creemos de interés profundizar en la veracidad de estos resultados, aumentando el número de casos estudiados de cara a establecerla necesidad o no de la práctica de TAC-P de control en estos pacientes.