



<https://www.revclinesp.es>

IF-055 - ECOCARDIOGRAMA DE ESFUERZO VS DETECT EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROERDÉMIA

P. Parra Rosado¹, G. Morales¹, E. Moreno Escobar², M. Cruces Moreno³, P. Martín de la Fuente², M. Moreno Higuera¹, J. Callejas Rubio³, N. Ortego Centeno³

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Cardiología. ³Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Hospital San Cecilio. Granada.

Resumen

Objetivos: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una complicación prevalente y grave que pueden presentar los pacientes con esclerosis sistémica (ES). Su diagnóstico se basa en la realización de cateterismo cardíaco derecho (CCD). Para mejorar su pronóstico es fundamental un diagnóstico precoz (clases funcionales (CF) I-II). Recientemente han surgido herramientas como el algoritmo DETECT, en el que valorando en dos pasos variables clínicas, analíticas, espirométricas y ecocardiográficas se recomienda la realización del CCD, si bien diagnostican en CF > II hasta en el 36% casos. El ecocardiograma (ETT) de esfuerzo (ETT-esf.) podría identificar a pacientes en estadios más precoces que DETECT. Nuestro objetivo es comparar los resultados de nuestra práctica clínica habitual para la realización de CCD con los hallazgos que se hubieran obtenido en caso de haber aplicado DETECT. En nuestra práctica nos basamos en integración de variables clínicas como disnea de esfuerzo, alteraciones en las pruebas de función respiratoria (PFR) (descenso de DLCO y/o un cociente CVF/DLCO elevado) y hallazgos en el ETT-Doppler (aumento anormal de presión sistólica en la arteria pulmonar (PSAP) en esfuerzo máximo).

Métodos: Estudio observacional de pacientes diagnosticados de ES en seguimiento en nuestra Unidad a los que se realizó ETT-Esf. Pacientes clasificados como pre-ES, ES limitada (ESl), ES difusa (ESd) o ES sine scleroderma (ESSn) según criterios de LeRoy y Medsger. Se practicó ETT-Esf. mediante cicloergómetro en posición supina, definiéndose respuesta anormal una presión sistólica en arteria pulmonar (PSAP) > 50 mmHg en pico máximo de esfuerzo. Se practicaron PFR incluyendo capacidad vital forzada (CVF), difusión de CO (DLCO) y calculamos CVF%/DLCO%. Se determinaron niveles de NT-proBNP. El diagnóstico de HAP se realizó mediante CCD, con criterios de consenso de Niza (presión arterial pulmonar media (PAPm) > 25 mmHg con una presión capilar pulmonar (PCP) 15 mmHg).

Resultados: Se han analizado 103 pacientes con diagnóstico de ES. El 84,5% mujeres, y edad de 58,7 años ± 13. El 77% eran ESl, 17% pre-ES y 8,7% ESD. Se detectó respuesta anormal, definida como PAPS > 50 mmHg en 29 (28,15%). Tras valorar resto de variables se decidió realización de CCD en 9 (31,03%), con 5 cumpliendo criterios de HAP; 1 un paciente criterios de HP del grupo 2 de Niza (PCP > 15 mmHg). Todos los paciente se encuentra en CF II; y todos menos uno presentan DLCO > 60%. Otras características son PAPm 30 ± 16 mmHg; PCP 11 ± 4 mmHg; DLCO 69,8% ± 13; CVF/DLCO 1,41 ± 0,36; años evolución enfermedad 4 ± 1,5; NT-proBNP 280 ± 120 pg./ml; y Test 6 minutos marcha (T6MM) 472 ± 16. De estos 5 pacientes diagnosticados de HAP, sólo 1 cumpliría criterios de inclusión para aplicar DETECT (DLCO 60% y tiempo de evolución superior a 3 años desde primer síntoma no Raynaud); al aplicar los pasos de DETEC,

en este paciente se hubiese recomendado la realización de CCD. En los 4 restantes, si hubiésemos aplicado DETECT, en 2 no se hubiese recomendado la realización de ETT y en los otros 2 sí, pero no CCD.

Conclusiones: La aplicación de un algoritmo diagnóstico en pacientes con ES fundamentado, entre otras variables, en presencia de disnea de esfuerzo con respuesta anormal de la PSAP en el ETT.Esf., permite identificar a pacientes candidatos a CCD para el diagnóstico de HAP en estadios más precoces que algoritmo DETECT.