



1701 - EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS DIRIGIDAS POR CATÉTER COMPARADAS CON ANTICOAGULACIÓN EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Beatriz García Revilla, Encarnación Palomino Núñez, Ana Visedo Colino, Ana Rodríguez García, Ana Rojo Reyes, Isabel Fuentes Soriano, Natalia Vicente López y Carmen Mainez Saiz

Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Analizar la eficacia y la seguridad de las terapias dirigidas por catéter (TDC) en pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional de pacientes que ingresaron por TEP agudo de riesgo intermedio-alto definido por la presencia de disfunción del ventrículo derecho (VD) por ecocardiograma (ETT) y biomarcadores cardíacos (BMC) positivos en el HUPH (2011-2024). Se definió alta carga trombótica como trombo acabalgado, afectación de arterias pulmonares principales, 2 lobes inferiores y/o 3 o más lobes. Se analizó la mejoría en los parámetros de disfunción de VD, el desarrollo de hipertensión pulmonar (HTP), la aparición de complicaciones hemorrágicas y la mortalidad entre los dos grupos estudiados (anticoagulación en monoterapia vs. anticoagulación + TDC).

Resultados: El tamaño muestral fue de 104, con una mediana de edad 68 años y predominio de varones (58%). El 87% tenían un PESI de alto riesgo. Todos presentaban alta carga trombótica y casi un 30%, un trombo acabalgado. En 12 pacientes (11,6%) se evidenció disfunción del VD en el ETT, no habiendo sido visualizado previamente en el TAC. 30 pacientes recibieron anticoagulación en monoterapia y en 74 se realizaron además TDC: 11 pacientes (15%) TDC mixta, 60 (81%) TDC convencional, 1 (1,4%) trombectomía mecánica y 2 (2,7%) TDC convencional más trombectomía mecánica. Los pacientes sometidos a TDC fueron más jóvenes (62 vs. 77 años, $p < 0,001$), con menos comorbilidades, mayor carga trombótica central con trombo acabalgado (34 vs. 14% $p = 0,048$) y mayor elevación de BMC ($p = 0,004$) comparados con el grupo de anticoagulación en monoterapia. No hubo diferencias en la incidencia de TVP. Se observó menor disfunción del VD en ETT realizado antes del alta (12 vs. 33%, $p = 0,059$). Las hemorragias mayores fueron más frecuentes en el grupo de anticoagulación en monoterapia (18 vs. 11%, $p = 0,609$) y las menores en el grupo TDC. Fallecieron un 13% en el grupo de anticoagulación en monoterapia (25% atribuible al TEP) vs. 4,1% en el grupo TDC (ninguno atribuible al TEP). La media de seguimiento fue de 23,4 meses. Se realizó ETT control en más del 68%, observándose disfunción VD y datos de HTP más frecuentemente en el grupo de anticoagulación en monoterapia (4,8 vs. 0%, $p = 0,292$ y 20 vs. 8% $p = 0,213$, respectivamente). En el estudio multivariante observamos que la edad (OR 0,93 (0,88-0,96), $p < 0,001$) y el aumento de la troponina (OR > 1 (1,00-1,00), $p = 0,026$) aumentaban de forma independiente la posibilidad de TDC. El presentar TEP con trombo acabalgado aumentaba un 3,13 la posibilidad de TDC (OR 3,13 (1,06-11,57), $p = 0,055$).

Discusión: Nos encontramos pendientes de resultados de estudios como HI-PEITHO y PE-TRACT que aportarán evidencia sobre el posicionamiento en el tratamiento de las TDC en los pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto.

Conclusiones: Las terapias dirigidas por catéter son eficaces y seguras. Es preciso identificar en los TEP estratificados como riesgo intermedio alto a los pacientes más graves. La alta carga trombótica central puede ser un factor de mal pronóstico. Confirmamos que la disfunción del VD debe evaluarse por ETT (12% de nuestros pacientes se confirmó disfunción por ETT no evidenciada en el TAC).