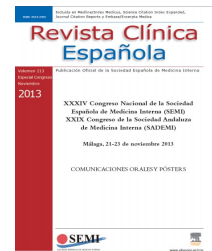




Revista Clínica Española

<https://www.revclinesp.es>



T-78. - ANÁLISIS DE 68 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBMASIVO SOMETIDOS A TROMBOLISIS LOCAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

N. Vicente López¹, J. Alonso Morís¹, C. Maínez Saiz¹, A. Rodán Montaud¹, Y. Romero Pizarro¹, I. Millán Santos², S. Alcántara Carmona³, A. García Suárez⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Bioestadística, ³Unidad de Cuidados Intensivos, ⁴Unidad de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid).

Resumen

Objetivos: Analizar las características clínicas y la evolución de los pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar (TEP) sometidos a fibrinólisis intraarterial sistémica o local en nuestro centro en los últimos cinco años

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 68 pacientes sometidos a fibrinólisis local o sistémica tras diagnóstico de TEP submasivo (octubre 2008-junio 2013). Se analizaron diferentes parámetros clínicos y pruebas complementarias especialmente los hallazgos arteriográficos (presión media en arteria pulmonar) y ecocardiográficos, antes y después de la fibrinólisis, así como las complicaciones y la evolución clínica tras la misma. Análisis estadístico con el programa SPSS 14.

Resultados: El 61% de los pacientes fueron varones, y la edad media fue $61,4 \pm 17,1$ años (mediana 66). Un 12% de los pacientes (8 pacientes) tenían antecedentes de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) previa y el 6,6% (5 pacientes) una neoplasia activa conocida. El 6% (4 pacientes) había realizado un viaje de más de 6 horas en las tres semanas previas. Un 6% había sido sometido a cirugía en los últimos 2 meses. Un 28% (19 pacientes) había estado inmovilizado durante más de 4 días en los últimos 2 meses. Ningún paciente estaba diagnosticado de trombofilia. El síntoma más frecuente fue la disnea (90,8%), seguido del dolor torácico (40,5%) y síncope (28,4%). Un 10% (7 pacientes) presentó inestabilidad hemodinámica al ingreso; del 90% restante, un 82% presentaba riesgo alto de mortalidad a los 30 días medido por la escala PESI simplificada. El valor de la troponina I y del péptido natriurético proBNP fue patológico en el 91% y 89% respectivamente. En el 98,4% la angioTC torácica objetivó TEP bilateral. El 86,4% presentaba disfunción del ventrículo derecho (DVD) por ecocardiograma, con TAPSE ≤ 15 y el 95% datos sugestivos de hipertensión pulmonar (HTP), con presión media de 52,8 mmHg (mediana 47 mmHg). Se realizó fibrinólisis sistémica con alteplasa en 6 pacientes; en los 62 casos restantes se realizó fibrinólisis local con urokinasa. La presión arterial pulmonar media (PAPm) disminuyó de forma significativa después de la fibrinólisis ($36,8 \text{ mmHg} \pm 11,5$ vs $24,7 \text{ mmHg} \pm 9,1$; $p < 0,001$). Se objetivó una mejoría significativa del TAPSE tras el procedimiento: $22,4 \pm 4,9$ vs $14,9 \pm 3,8$, $p < 0,001$. El 11,8% de los pacientes (8) presentó complicaciones hemorrágicas, 4 de ellas hemorragias mayores. El 11,7% falleció durante el ingreso (8 pacientes, 6 en relación con TEP masivo). El seguimiento medio fue de 20,5 meses sin diagnosticarse recurrencias de ETEV. El TEP fue idiopático en un 67% de los casos.

Ningún paciente desarrolló hipertensión pulmonar crónica.

Conclusiones: La mortalidad en el TEP depende de la DVD. En los pacientes inestables con TEP masivo y elevada mortalidad (15-30%) las guías actuales recomiendan fibrinólisis. En los pacientes con estabilidad hemodinámica (mortalidad 2-3%) se recomienda anticoagulación. Sin embargo, hay un subgrupo de estos pacientes estables que presentan DVD (TEP submasivo) y un peor pronóstico. Actualmente, en espera de los resultados del estudio PEITHO (heparina vs fibrinólisis sistémica) no existe evidencia clara de la mejor conducta terapéutica en el TEP submasivo. Con respecto a la fibrinólisis local hay muy poca experiencia publicada. La fibrinólisis local es una técnica eficaz (reducción significativa de la PAPm y mejoría de la DVD) y segura (porcentaje bajo de complicaciones hemorrágicas graves) en pacientes con TEP submasivo.