Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):634

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-080 - ¿DETECTAMOS MÁS HIPERTENSIÓN PULMONAR EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA CON EL ALGORITMO DETECT?

C. Vázquez-Triñanes[1], I. Villaverde-Álvarez[1], B. Sopeña[2], B. Vilas-Pío[1], M. Suárez-Varela[1], A. Argibay[1], M. Freire[1], A. Rivera[1]

[1]Servicio de Medicina Interna-Unidad de Trombosis y Vasculitis. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra). [2]Departamento de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Objetivos: Comparar el número de pacientes identificados en el screening de hipertensión arterial pulmonar (HAP) en la esclerosis sistémica (SSc) usando el nuevo algoritmo DETECT (un árbol de decisión de 2 pasos con múltiples variables clínicas, analíticas, espirométricas, electrocardiográficas y ecocardiográficas) frente a la práctica actual basada en las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología/Sociedad Europea de Neumología (ESC/ERS) de 2009 que usan principalmente parámetros ecocardiográficos.

Métodos: Aplicamos a todos los pacientes con SSc seguidos en nuestro centro (hospital de tercer nivel con área de aprox. 370.000 habitantes) tanto el algoritmo DETECT como las actuales recomendaciones de la ESC/ERS 2009 para la detección de HAP. Se excluyeron aquellos pacientes con HAP previa, enfermedad pulmonar intersticial (EPI), insuficiencia renal, aquellos a tratamiento con inhibidores de la endotelina y los que no tenían parámetros ecocardiográficos o variables suficientes para aplicar el algoritmo DETECT (se permite su aplicación aun faltando 1 de las variables).

Resultados: En nuestro centro seguimos a 30 pacientes con SSc. 2 de ellos fueron excluidos por HAP previa, 2 por EPI, 1 por tratamiento con bosentan por úlceras digitales, 1 por insuficiencia renal moderada, 4 por variables insuficientes para aplicar el algoritmo DETECT y 2 por no tener ecocardiograma. Por lo tanto, 18 pacientes con SSc entraron en el estudio, con edad media de 56,9 ± 13,62 años; 13 con SSc limitada (75%), 3 con SSc sine esclerodermia (15%) y 2 con SSc difusa (10%). La duración media de la enfermedad fue de 9 ± 6,58 años. Solo 2 pacientes presentaron disnea en la evolución (11%), ninguno síncopes, dolor torácico o fallo cardiaco derecho. Cuando aplicamos las directrices actuales basadas la ecocardiografía según ESC/ERS 2009 no identificamos ningún paciente como probable o posible-HAP (en 6 pacientes [44%] no se pudo calcular la velocidad de regurgitación tricuspídea [VRT] por no detectarse insuficiencia tricuspídea). Cuando aplicamos el algoritmo DETECT, la puntuación media obtenida en el primer paso del algoritmo fue 311,3 ± 12,62, y la ecocardiografía se recomendaba en 16 pacientes (80%). En el 2º paso, 2 pacientes fueron positivos en el screening, recomendándose el cateterismo derecho (CD) para la confirmación de la HAP. El paciente 1, de 69 años de edad, con SSc limitada, inició los síntomas de SSc en 1999, actualmente con disnea clase II, sin telangiectasias o anticuerpos anti-centrómero (ACA). La

capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) fue del 73,4% del valor teórico y el área de la aurícula derecha (AAD) fue normal, con una VRT de 2,6 m/s. El paciente 2, de 64 años de edad, con SSc limitada, inició los síntomas de SSc en 2011. Tenía telangiectasias, pero no disnea. Los ACA fueron positivos. La DLCO fue del 82% del valor teórico y el AAD fue normal, con una VRT de 2,4 m/s. Estos pacientes están pendientes de CD para confirmar HAP, realizando un estrecho seguimiento en nuestro centro.

Discusión: Se ha demostrado que la identificación precoz de la HAP en los pacientes con SSc mejoran su pronóstico. Sin embargo hasta ahora las recomendaciones para su búsqueda se basaba en opiniones de expertos. El algoritmo DETECT es el primero que se ha basado en la evidencia, pero se necesitan estudios que demuestren su utilidad en la práctica habitual.

Conclusiones: El nuevo algoritmo DETECT seleccionó a más pacientes con SSc para realizar CD para confirmar HAP que las actuales guías de la ESC/ERS 2009. Sin embargo, en nuestro estudio, la HAP no pudo ser todavía confirmada.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.