



SEPTOSTOMÍA ATRIAL EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA. OPORTUNIDAD A DEFINIR

*Cáneva J, García A, Favaloro L, Talavera L, Ossés J, Wagner G, Ahumada R, Sheridan L,
Carlóni L, Méndiz O, Tuhay G, Klein F.*

Hospital Universitario. Buenos Aires. Argentina

Introducción

La septostomía atrial (SA) es un tratamiento paliativo para el fallo del ventrículo derecho (VD) en hipertensión arterial pulmonar idiopática (HAPI) severa y al mismo tiempo una alternativa puente al trasplante pulmonar. La mortalidad peri-procedimiento ronda el 16% pudiendo reducirse a cifras entre 2 y 5%.

Caso clínico

Mujer de 24 años de edad con inicio de su enfermedad hipertensiva pulmonar en 2009, posterior a embarazo complicado con sufrimiento fetal agudo y cesárea de urgencia. Evolucionó con disnea progresiva hasta CF II-III y síncope a repetición, siendo evaluada en otro centro en agosto de 2011 cuando se le realizó cateterismo cardíaco derecho (CCD) y prueba aguda de vasorreactividad con iloprost inhalado constatándose (valores pre y post-prueba): presión media en la arteria pulmonar (PAPm) 72 y 67 mmHg, resistencias vasculares pulmonares (RVP) 960 y 370 dinas.seg.cm⁻⁵, presión en aurícula derecha (PAD) 16 mmHg, sin cambios post-test; presión capilar pulmonar de enclavamiento (PCPE) 6 mmHg. El ecocardiogramaDoppler informaba dilatación y deterioro leve de la función sistólica del VD (FSVD) con ventrículo izquierdo normal, sin cortocircuito intracardíaco. Con diagnóstico de HAPI, grupo I de la OMS, inició tratamiento con sildenafil. Ingresó a nuestra institución en septiembre de 2012 con diagnóstico de crisis comiciales focales con generalización secundaria en contexto de hipoperfusión cerebral, iniciándose soporte inodilatador con milrinona y tratamiento con Levetiracetam 1250 mg/día. Presentó luego status epiléptico convulsivo con requerimiento de carga de ácido valproico y titulación de Levetiracetam. Un nuevo ecocardiogramaDoppler mostró progresión con severa dilatación y deterioro de la FSVD con presión sistólica pulmonar estimada (PSAPe) de 137 mmHg. Un nuevo CCD informó: PAPm 57 mmHg, RVP 1165 dinas/m², PAD 4 mmHg, PCPE 6 mmHg, índice cardíaco 2.35 L/min/m². Se realizó SA y continuar el tratamiento con sildenafil e inclusión de Iloprost inhalado como puente a la realización del trasplante bipulmonar. Se realizó el procedimiento con balón secuencial de 4 mm y 6 mm logrando una reducción en la SpaO₂ desde 96% hasta 89%. Evolucionó con requerimiento de milrinona hasta dosis máximas, no pudiendo suspenderse pese a la infusión de 12.5 mg de levosimendán. Diecinueve días posteriores al procedimiento intercorre con nuevo episodio convulsivo seguido de paro cardiorrespiratorio sin respuesta RCP básica y avanzada.

Conclusiones

La SA se ha considerado hasta el presente como un recurso intervencionista complementario a la farmacoterapéutica en HP en estadios avanzados de la enfermedad lo que se asocia a elevada mortalidad periprocedimiento. En la mayoría de las series reportadas, el procedimiento se realiza después del fracaso en la terapia médica, tarde en el curso de la enfermedad cuando el riesgo es mayor, lo que está llevando a definir su oportunidad en el curso evolutivo de la enfermedad hipertensiva pulmonar.