

Editorial

Endarterectomía pulmonar: Tratamiento potencialmente curativo para pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica.

Pulmonary endarterectomy: Potentially curative treatment for patients with chronic thromboembolic pulmonary hypertension

Roque A Baldasaria, Héctor L Luciardi

3era Cátedra de Patología y Clínica Médica. Facultad de Medicina. UNT. Hospital Centro de Salud "Zenón J Santillán". Tucumán, Argentina.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 17 de Octubre de 2018

Aceptado el 27 de Octubre de 2018

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Palabras clave:

Endarterectomía pulmonar.

Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica.

Enfermedad tromboembólica crónica.

Keywords:

Pulmonary endarterectomy.

Chronic thromboembolic pulmonary hypertension.

Chronic thromboembolic disease.

La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTCr) es una enfermedad progresiva y devastadora sino se trata a tiempo. Pertenecce a un subtipo único de hipertensión pulmonar potencialmente curable¹. La HPTCr resulta de la transformación fibrótica de trombos en el árbol arterial pulmonar que causan obstrucción crónica y remodelamiento de la microvasculatura. En consecuencia, la presión y la resistencia en la vasculatura pulmonar aumentan, lo que conduce eventualmente a insuficiencia cardíaca derecha y mortalidad prematura².

El diagnóstico de HPTCr requiere de 3 meses de efectiva anticoagulación y una presión arterial pulmonar media (PAPm) >25 mmHg, con una presión de enclavamiento capilar pulmonar ≤15 mmHg, y al menos un defecto segmentario de perfusión³.

La **endarterectomía pulmonar** (EP) ofrece, como alternativa terapéutica, la mejor posibilidad de mejoría sintomática y pronóstica en pacientes elegibles, con resultados excelentes a largo plazo en centros expertos⁴. Las directrices de la *European Society of Cardiology* y de la *European Respiratory Society* recomiendan la endarterectomía pulmonar como el tratamiento de elección para pacientes con HPTCr.

No todos los pacientes serán elegibles para EP, y factores como: edad avanzada, co-morbilidades, desequilibrio

entre el incremento de la resistencia vascular pulmonar y el número de oclusiones accesibles, deficiente condición general del paciente, deben considerarse para determinar la operabilidad⁵. Para ser considerado operable, un paciente debe tener suficiente material tromboembólico accesible quirúrgicamente, con una resistencia vascular pulmonar proporcional que indique ausencia de vasculopatía secundaria extensa.

El equipo multidisciplinario a cargo del tratamiento debe incluir al menos un cirujano experimentado, entendiendo por tal al que ha realizado al menos 20 endarterectomía pulmonar en el año previo y / o >40 EP en los 3 años anteriores a que comenzaran a evaluar los casos de estudio. La enfermedad tromboembólica localizada proximalmente en las arterias principales, lobular o segmentaria, es susceptible de EP en la mayoría de los centros quirúrgicos; no así la enfermedad distal de las ramas segmentarias y subsegmentarias, las cuales resultan más desafiantes para el cirujano⁶.

La clasificación quirúrgica de la HPTCr redefinida por la *Universidad de California, San Diego (UCSD)*, fue desarrollada específicamente para tratar la enfermedad tromboembólica distal, con capacidad de distinguir en 5 niveles la ubicación de la enfermedad, segmentaria y subsegmentaria⁷.

A la luz de que la técnica quirúrgica de la **EP** requiere de un equipo multidisciplinario convenientemente entrenado, al menos un cirujano experimentado, capacitación especializada, paro circulatorio hipotérmico profundo y sofisticados cuidados intensivos post operatorios, la experiencia y los resultados presentada por Talavera y col del Instituto Cardiovascular de Bueno Aires en este número de la Revista de FAC⁸ son realmente alentadores.

Algunos centros de referencia incluso proponen la **EP** a pacientes seleccionados con enfermedad tromboembólica crónica sintomática sin hipertensión pulmonar⁹, para mejorar los síntomas y la calidad de vida, con resultados alentadores en evaluaciones a 6 y 12 meses de la intervención.

BIBLIOGRAFIA

1. Luciardi HL, Baldasaria RA. Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica. Una oportunidad para cambiar su evolución. Rev Fed Arg Cardiol **2017**; 46 (Supl. HP): 1-2.
2. Galiè N, Humbert M, Vachiery JL, et al. 2015 ESC/ERS guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS). Eur Respir J **2015**; 46: 903-75.
3. Kim NH, Delcroix M, Jenkins DP, et al. Chronic thromboembolic pulmonary hypertension. J Am Coll Cardiol **2013**; 62: Suppl. 25, D92-D99.
4. Taboada D, Pepke-Zaba J, Jenkins DP, et al. Outcome of pulmonary endarterectomy in symptomatic chronic thromboembolic disease. Eur Respir J **2014**; 44: 1635-45.
5. Jenkins DP, Biederman A, D'Armini AM, et al. Operability assessment in CTEPH: lessons from the CHEST-1 study. J Thorac Cardiovasc Surg **2016**; 152: 669-74.
6. Jenkins D. Pulmonary endarterectomy: the potentially curative treatment for patients with chronic thromboembolic pulmonary hypertension. Eur Respir Rev **2015**; 24: 263-71.
7. Jenkins D, Madani M, Fadel E, et al. Pulmonary endarterectomy in the management of chronic thromboembolic pulmonary hypertension. Eur Respir Rev **2017**; 26: 160111.
8. Talavera ML, Camporrotondo M, Acosta A, et al. Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica. Experiencia de un centro de referencia en Argentina. Rev Fed Arg Cardiol **2018**; 47 (4): 178-182.
9. de Perrot M, Mayer E. Chronic thromboembolic pulmonary hypertension: do we need a new definition? Eur Respir J **2014**; 44: 1401-03.