



ARTICULO ESPECIAL

Evaluación diagnóstica en hipertensión arterial pulmonar



Claudio Villaquirán-Torres

Departamento de Medicina Interna, Neumología, Pontificia Universidad Javeriana Hospital San Ignacio, Bogotá, Colombia

Recibido el 17 de noviembre de 2016; aceptado el 5 de julio de 2017

Disponible en Internet el 1 de septiembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Hipertensión arterial pulmonar;
Falla cardiaca;
Cateterismo cardiaco;
Ecocardiografía;
Función ventricular derecha

Resumen La hipertensión arterial pulmonar es una entidad patológica propia de la circulación pulmonar, poco frecuente, definida como la elevación de la PAPm ≥ 25 mm Hg con cuña ≤ 15 mm Hg y RVP >3 unidades Wood, determinadas en reposo y mediante cateterismo cardiaco derecho¹. La hipertensión arterial pulmonar pertenece al grupo 1 de la clasificación de hipertensión pulmonar, un grupo constituido por entidades consideradas "raras", y su diagnóstico requiere descartar la presencia de otras causas de hipertensión pulmonar². La complejidad de la enfermedad y el uso de procedimientos altamente especializados para el diagnóstico, hace necesaria y deseable la remisión a centros de experiencia o referencia en el manejo de la patología^{1,2}. Sin embargo, existen aproximaciones diagnósticas iniciales que pueden adelantarse en centros de atención primaria y acelerar así el proceso de diagnóstico.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Pulmonary arterial hypertension;
Heart failure;
Right sided cardiac catheterization;
Echocardiography;
Right ventricular function

Diagnostic evaluation in pulmonary arterial hypertension

Abstract Pulmonary arterial hypertension is a rare pathological condition of the pulmonary circulation, and is defined as the increase in pulmonary arterial pressure (PAPm) ≥ 25 mm Hg with a trough of ≤ 15 mm Hg and pulmonary vascular resistance (PVR) of > 3 Wood Units, determined at rest and using right-heart catheterisation. Pulmonary arterial hypertension belongs to Group 1 of the pulmonary hypertension classification, a group consisting of conditions considered as "rare", and its diagnosis requires ruling out the presence of other causes of pulmonary hypertension. The complexity of the disease and the use of highly specialised procedures for its diagnosis makes it necessary and desirable to refer to experienced or reference centres in the management of the disease. However, there are diagnostic approaches that could be brought forward in Primary Health Care centres and thus, speed up the diagnostic process.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: claudiovillaquiran@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2017.08.004>

0120-5633/© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La hipertensión pulmonar es una condición frecuente, presente en múltiples entidades clasificadas en seis grupos^{1,2} con base en características fisiopatológicas, histológicas y respuesta al tratamiento similares; no constituye en sí misma una condición patológica. Por su parte, la hipertensión arterial pulmonar es una entidad patológica propia de la circulación pulmonar, poco frecuente, definida como la elevación de la PAPm ≥ 25 mm Hg con cuña ≤ 15 mm Hg y RVP > 3 unidades Wood, determinadas en reposo y mediante cateterismo cardiaco derecho¹. La hipertensión arterial pulmonar pertenece al grupo 1 de la clasificación de hipertensión pulmonar, un grupo constituido por entidades consideradas "raras" cuyo diagnóstico requiere descartar otras causas de hipertensión pulmonar².

Tiene mal pronóstico a corto plazo, el cual empeora a medida que el diagnóstico se hace en etapas avanzadas de la enfermedad³. No obstante y a pesar de las diversas normativas y guías disponibles para su dictamen y tratamiento, el diagnóstico continúa realizándose en etapas avanzadas, tal y como lo documenta el registro REVEAL⁴ en el que el tiempo promedio desde los primeros síntomas hasta el diagnóstico es 35,6 meses o 2,9 años.

Los síntomas de la enfermedad son inespecíficos y están presentes en otras patologías cardíacas y pulmonares más frecuentes, hecho que genera grandes dificultades y retrasa el diagnóstico, de modo que se precisan otros métodos de evaluación no invasivos e invasivos. La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) propone una estrategia diagnóstica de cuatro fases que van desde la sospecha clínica, detección, clasificación, del tipo hipertensión pulmonar y evaluación de la severidad, hasta el subtipo de la hipertensión arterial pulmonar que ayudan a establecer el pronóstico y elegir el tratamiento (fig. 1)².

La complejidad de la enfermedad y la utilización de procedimientos altamente especializados para el diagnóstico, hace necesaria y deseable la remisión a centros de experiencia o referencia en el manejo de la patología^{1,2}. Sin embargo, existen aproximaciones diagnósticas iniciales que pueden adelantarse en centros de atención primaria y así avanzar en el proceso.

Sospecha clínica

La sospecha de hipertensión arterial pulmonar es básicamente clínica e inicia con una historia clínica y un examen físico adecuados. El síntoma cardinal de la enfermedad suele ser la disnea, tradicionalmente de esfuerzo, la cual se hace progresiva a medida que avanza la enfermedad³. Al ser este un síntoma inespecífico, el diagnóstico suele retrasarse varios años si no se tiene un alto índice de sospecha.

Existen poblaciones con mayor riesgo para el desarrollo de la enfermedad, de manera que la aparición de estos síntomas debe alertar sobre su presencia (tabla 1).

No obstante, es importante tener presente que en algunos casos la enfermedad puede ser asintomática, por lo que la realización de estudios como tamizaje será de gran ayuda. Este punto es especialmente aplicable en pacientes con escleroderma en cuyo caso existe evidencia del beneficio de combinar estrategias y herramientas diagnósticas como

Tabla 1 Poblaciones en riesgo para el desarrollo de hipertensión pulmonar

Cardiopatías congénitas con cortocircuitos sistémicos pulmonares
Hipertensión pulmonar hereditaria
Infección por VIH
Hipertensión portal/cirrosis hepática
Enfermedades del tejido conectivo
Exposición a fármacos anorexígenos/tóxicos relacionados con hipertensión pulmonar
Antecedente de embolia pulmonar

Tabla 2 Síntomas y signos sugestivos de hipertensión pulmonar

Síntomas	Signos
Disnea	Reforzamiento del S2 foco pulmonar
Angina	Soplo holosistólico de insuficiencia tricúspide
Presíncope, síncope	Soplo de insuficiencia pulmonar
Distensión abdominal	Desplazamiento punto máximo impulso
Palpitaciones	S4 derecho/S3 derecho
Tos	Distensión yugular
Hemoptisis	Hepatomegalia
Fenómeno Raynaud	Ascitis y edemas

ecocardiograma, capacidad de difusión de monóxido de carbono, biomarcadores y anticuerpos con hallazgos clínicos. Esta aproximación utilizada en el estudio DETECT permitió emitir un diagnóstico temprano en pacientes de alto riesgo (diagnóstico de escleroderma > 3 años y DLco $< 60\%$), con un menor número de falsos negativos en comparación con la práctica habitual basada en guías ERS/ESC (4 vs. 29%)⁵.

Cuando existe deterioro en la función del ventrículo derecho aparece angina, pre-síncope o síncope, resultado de la incapacidad para mantener el gasto cardiaco (GC) en esfuerzo. También se han descrito ciertos signos cuya presencia puede ser variable (tabla 2).

Tabla 3 Parámetros que debe incluir un ecocardiograma en la valoración de hipertensión arterial pulmonar

Determinación de presión arterial pulmonar (sistólica/diastólica)
Velocidad pico de regurgitación tricúspide
Estudio flujo pulmonar (tiempo de aceleración)
Estudio morfológico de la arteria pulmonar
Estudio morfológico del <i>septum</i> interauricular e interventricular
Estudio morfológico y funcional del ventrículo derecho
Determinación índice de TEI
Determinación índice de TAPSE
Estudio morfológico y funcional del ventrículo izquierdo (sistólico y diastólico)
Determinación presencia de derrame pericárdico

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620492>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620492>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)