Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):112

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2983 - Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP). A propósito de un caso

I. Rodríguez Marcos[a], D. Iturbe Fernández[b], A. Marcos Martín[c], J.C. López Caro[d], I.M. Pérez Rogado[e], V. Vázquez Rey[f], Á. Ramos Fernández[g], L. Prieto Redondo[h], P. Jiménez Sahelices[a] y D. Ferrer Pargada[i]

[a]Médico Residente; [h]Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. [b]Neumólogo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Cantabria. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Cotolino. Cantabria. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Gorliz. Vizcaya. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Felguera. Asturias. [g]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid. [i]Neumólogo. Hospital de Barbastro. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 22 años que acude a consulta por disnea de grandes esfuerzos de 2 años de evolución que ha aumentado progresivamente de intensidad en los últimos 2 meses hasta hacerse de moderados esfuerzos, impidiéndole realizar actividades propias de su edad. Niega dolor torácico ni clínica de insuficiencia cardíaca ni síncopes.

Exploración y pruebas complementarias: TA 108/59 mmHg, FC 78 lpm, FR 15 rpm, SatO2 96%, Tª 36,1 ^{o}C. Normohidratada, perfundida y coloreada. Eupneica en reposo pero taquipneica con ejercicio. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos pero con un 2º ruido desdoblado y reforzado. Murmullo vesicular conservado en ambos hemitórax. Abdomen anodino. Extremidades inferiores sin edemas ni datos de IVC. BQ y HG sin alteraciones. Rx tórax normal (no cardiomegalia ni pinzamiento de senos ni condensaciones. Espirometría: FEV 1 99%, FVC 101%, FEV1/FVC 85,53, DLCO 22,5%. Ergometría: finalizada por desaturación extrema (80%) y dolor de piernas. No alteraciones en el ECG. AngioTC tórax: marcada dilatación del tronco de la arteria pulmonar (32 mm) y arterias pulmonares principales, en relación con hipertensión pulmonar. Múltiples opacidades centrolobulillares tenues, en vidrio deslustrado, de distribución difusa en parénquima pulmonar. RMN cardíaca: VI no dilatado ni hipertrófico con función sistólica conservada. Rectificación del tabique interventricular

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

en relación con sobrecarga derecha. Gammagrafía pulmonar normal. EcoCG TT: hipertensión pulmonar moderada-severa (PAP 58,5). VD moderadamente dilatado con FE conservada. VI no dilatado con FE conservada. Sugestivo de foramen oval permeable. Cateterismo cardíaco: HAP moderada-grave arteriolar.

Juicio clínico: HAP moderada-grave.

Diagnóstico diferencial: Asma, ansiedad.

Comentario final: La HAP se define como un aumento de la presión arterial pulmonar media > 25 mmHg en reposo. El diagnóstico comienza tras la sospecha clínica de HAP y la ecocardiografía compatible con ésta. El tratamiento ha evolucionado progresivamente en la última década incluyendo medidas generales (rehabilitación), tratamiento farmacológico con vasodilatadores y el trasplante pulmonar como último escalón. Nuestra paciente inició tratamiento con sildenafilo y bosentán con buena tolerancia inicial y leve mejoría clínica en cuanto a la capacidad de ejercicio. Se realizó analítica de control de marcadores hepáticos sin alteraciones por lo que se aumentó la dosis a dosis de tratamiento y se realizó estudio pretrasplante.

Bibliografía

1. Guía ESC/ERS 2015 sobre diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar. Rev Esp Cardiol. 2016;69:177.e1-e62.

Palabras clave: *Hipertensión arterial pulmonar.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.