



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 Pargadaⁱ

^aMédico Residente; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. ^cNeumólogo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Coto. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Gorliz. Vizcaya. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Felguera. Asturias. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid. ⁱNeumólogo. 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 síncope.

Exploración y pruebas complementarias: TA 108/59 mmHg, FC 78 lpm, FR 15 rpm, SatO₂ 96%, T^a 36,1 °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 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 sildenafil 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.*