Hipertensión arterial pulmonar: “pero no cantemos victoria”

La hipertensión arterial pulmonar se define, específicamente, como un aumento de la presión media de la arteria pulmonar de 25 mmHg o mayor en reposo, acompañada de una resistencia vascular pulmonar de más de 3 unidades de Wood, con normalidad en la presión de cuña de la arteria pulmonar (< 15 mmHg). La hipertensión arterial pulmonar comprende una de las cinco categorías de la hipertensión pulmonar, según el sistema de clasificación más reciente.[1] La categoría 1, o hipertensión arterial pulmonar, que incluye la hipertensión arterial pulmonar idiopática; hereditaria (mutación en BMPR2 u otras mutaciones); inducida por fármacos (principalmente anorexígenos); asociada con enfermedad del tejido conectivo (más frecuente en esclerosis sistémica); infección por el VIH; hipertensión portal; cardiopatías congénitas (síndrome de Eisenmenger, relacionada con cortocircuitos de predominio sistémico-pulmonar corregidos o no corregibles y asociada con defectos pequeños-casuales); esquistosomiasis y asociada con anemia hemolítica crónica.

Hasta que las opciones terapéuticas estuvieron disponibles, en las últimas dos décadas, la hipertensión arterial pulmonar se consideró una afección rara pero rápidamente progresiva y demoledora, que causó la muerte por insuficiencia cardiaca derecha, con un promedio de 2.8 años da partir del momento del diagnóstico. En los últimos años se ha delineado mejor la patogénesis y la presentación clínica de la hipertensión arterial pulmonar, acompañada de enfoques terapéuticos mejorados, dirigidos a disminuir la resistencia pulmonar. Sin embargo, la hipertensión arterial pulmonar aún reporta una tasa de mortalidad anual de 15%, y los tratamientos actuales son, casi todos, efectivos para desacelerar la progresión de la enfermedad, en lugar de revertirla o curarla.[2]

Por lo anterior, la asociación de este padecimiento con el embarazo ha ido en aumento y esto se confirma en el artículo publicado en este número de Ginecología y Obstetricia de México donde se reporta el caso de 12 pacientes atendidas en la unidad de cuidados intensivos, en una unidad de alta especialidad, entre los años 2013 a 2016. La mortalidad materna referida es de 16.66% y una pérdida gestacional por aborto espontáneo a las 14 semanas, con supervivencia de 12 neonatos con prematurez; todos requirieron atención en cuidados intensivos.

Si revisamos las publicaciones relacionadas con la mortalidad materna por este padecimiento, se advertirá que se reporta una disminución en varias series de casos: 12% es la más baja.[3] Esto da pie a pensar que este tipo de pacientes puede embarazarse sin correr muchos riesgos, pero las cifras pueden ser engañosas porque son series pequeñas y con una gran variedad de tipos de hipertensión pulmonar, que hace

mucho más difícil sacar conclusiones válidas. Lo que sí es un hecho es que estas pacientes deben recibir atención por parte de un grupo multidisciplinario, en un sitio con equipo y personal especializado, con planeación de la interrupción temprana del embarazo (antes de las 36 semanas) por medio de cesárea y con bloqueo epidural, vigilando estrechamente el puerperio temprano y tardío, pues es el tiempo con mayor mortalidad materna.[2]

José Niz Ramos

REFERENCIAS

1. Simonneau G, Robbins IM, Beghetti M, Channick RN, Delcroix M, et al. Updated clinical classification of pulmonary hypertension. J Am Coll Cardiol 2009;54;1(Suppl):S43-54.URI: http://www.onlinejacc.org/content/54/1_Supplement/S43
2. Galiè N, Humbert M, Vachiery JL, Gibbs S y Cols. Guía ESC/ERS 2015 sobre diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar. Rev Esp Cardiol. 2016;69(2):177.e1-e62 https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/221318/1/25v69n02a90447871pdf001.pdf
3. McLaughlin VV, Shah SJ, Souza R, Humbert M. Management of pulmonary arterial hypertension. J Am Coll Cardiol. 2015;65(18):1976-97. doi: 10.1016/j.jacc.2015.03.540.