

“ABRIENDO CAMINO A LA REPERFUSIÓN EN TEP” PRIMERA EXPERIENCIA CON TROMBOLISIS DIRIGIDA POR CATÉTER

Autores: • Cenice, M. • Suarez Nassif, L. • Aymat, M. • De la Vega, B.

Servicio de Unidad Coronaria • Hospital Centro de Salud “Zenón J. Santillán” • San Miguel de Tucumán

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

La **trombolisis farmacológica local dirigida por catéter (CDT)** en el **tromboembolismo pulmonar (TEP)** surge como estrategia de **reperusión rápida y eficaz** que permite administrar dosis bajas de fibrinolíticos (especialmente Alteplase) directamente en el núcleo del trombo, **descomprimiendo precozmente el VD**, restaurando el flujo arterial pulmonar y minimizando el riesgo de complicaciones hemorrágicas sistémicas o intracraneales.

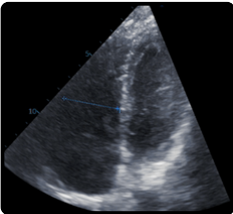
Indicación actual II A / II B ACC/AHA 2026	Riesgo Intermedio-Alto Categorías C-D-E	Disminuye • Deterioro clínico • Mortalidad temprana
---	--	--

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

- Paciente **masculino de 56 años**.
- Antecedente de **DBT tipo II** de reciente diagnóstico.
- Presenta **disnea progresiva de 1 semana de evolución** (CF II → III-IV) + **dolor precordial**.
- Ingresa con **taquicardia sinusal a 125 LPM**, con **requerimiento de oxígeno** a bajo flujo. Tendencia a la **hipotensión arterial** con respuesta a expansión con volumen.
- Inicia tratamiento **anticoagulante**. Con leve mejoría clínica inicial.
- Entre las 24-48hs de su ingreso se inician **inotrópicos** por **inestabilidad hemodinámica**.
- Se plantea en **Heart Team** tratamiento con **CDT**.

Estratificación	PESI: 176 pts	AHA: E1	Alto Riesgo
Biomarcadores	Dímero D >30.500 ng/mL	NT-ProBNP 2.168 pg/mL	Tn I 29 ng/L

ECOCARDIOGRAMA Y ECO-DOPPLER VENOSO



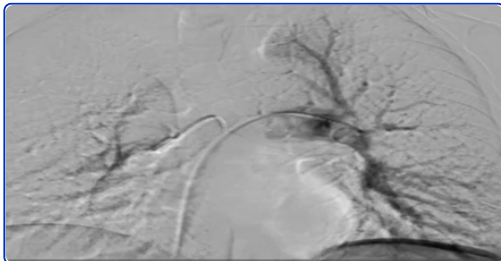
- VD dilatado y severamente disfuncionante** (TAPSE 10 mm).
- Signo de McConnell**.
- AD dilatada, VCI 22 mm** con colapso reducido.
- PSAP estimada: 73 mmHg**.
- TVP subaguda en vena femoral común y superficial derecha**.

ANGIO-TC PROTOCOLO TEP



“Múltiples defectos de relleno endoluminales sugestivos de TEP agudo en ambas arterias pulmonares (derecha e izquierda), ramas lobares y segmentarias bilaterales. Signos de sobrecarga cardíaca derecha. Mínimo acúmulo líquido pericárdico. Leve derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva basal.”

ANGIOGRAFÍA PULMONAR Y CDT



Registro hemodinámico:

- Hipertensión pulmonar severa (PAPm 34 mmHg)** y defectos de perfusión angiográficos extensos.

Protocolo infusional local:

- Alteplase (rt-PA): 10 mg** diluidos en 100 mL SF a 10 mL/h en cada rama pulmonar. **(20 mg en 10 horas)** + Anticoagulación con HNF EV ajustada por KPTT

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y RESULTADOS

Control 24 hs post-CDT:

- Descenso de PAPm invasiva ≥5 mmHg** (APD 29/API 28 mmHg)
- Mejoría angiográfica** significativo del tronco y ramas.
- Suspensión de inotrópicos/noradrenalina** a las 24 hs.
- Retiro de catéteres. Sin complicaciones hemorrágicas.**

Evolución:

- Control evolutivo **sin complicaciones**. Asintomático (CF I).
- Se realizó **switch a ACO con Apixabán**. Optimización de terapia antidiabética.
- Alta** en plan de control por consultorio externo.

Parámetro	Pre-CDT	Post-CDT
Estado hemodinámico	Shock con requerimiento de Noradrenalina	Estable Sin inotrópicos
Soporte O₂	Cánula nasal 2-3 L/min	Aire ambiente FIO₂ 21%
PAPm invasiva	34 mmHg	28-29 mmHg
TAPSE	10 mm	18 mm
PSAP estimada	73 mmHg	30 mmHg
Angiografía	Defectos masivos bilaterales	Aclaramiento significativo

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Paciente con **TEP de alto riesgo** con **evolución clínica favorable** con CDT.
- La **CDT es una alternativa de reperusión rápida, eficaz y segura** en TEP de riesgo alto con compromiso hemodinámico.
- Permite realizar la trombolisis con **dosis bajas** de Alteplase (20 mg), **minimizando el riesgo de sangrado grave**.
- Se destaca el valor del trabajo en **equipo multidisciplinario (Heart Team / TEP Team)** en la toma de decisiones complejas en la Unidad Coronaria.