



Revista Española de Cardiología



2. FALLO PRIMARIO DEL INJERTO TRAS EL TRASPLANTE CARDIACO: EXPERIENCIA EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA

Mercedes Rivas Lasarte¹, Sara Lozano Jiménez¹, José María Viéitez Flórez¹, Daniela Cristina Mitroi¹, Francisco José Hernández Pérez¹, Manuel Gómez Bueno¹, Susana Villar García², Reyes Iranzo³ y Javier Segovia Cubero¹

¹Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, ²Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España y ³Anestesiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El fallo primario del injerto ocurre en las primeras 24 horas tras un trasplante cardíaco (TxC), en ausencia de causas secundarias de fallo del injerto. Los fallos primarios del injerto graves (FPIG) son una forma de *shock* cardiogénico, suelen requerir implante de una asistencia ventricular de corta duración (AVCD), y su mortalidad puede superar el 50%. La incidencia es variable, y los baremos para su predicción (como el RADIAL, validado en España en 2011) datan de épocas previas a la utilización de asistencias ventriculares de larga duración (AVLD) como puente al TxC.

Métodos: Análisis de una cohorte unicéntrica de 212 TxC entre 2010 y 2020. Se excluyeron los trasplantes de múltiples órganos y los retrasplantes. El FPIG se definió como la necesidad precoz de implante de un soporte mecánico tras la cirugía. Se calculó el score RADIAL y se evaluaron la mortalidad a 90 días y a largo plazo.

Resultados: Las características de receptores y donantes se resumen en la tabla. La incidencia global de FPIG fue de 13,7% (29 pacientes) variando entre el 0 y el 27% según los años, sin un claro patrón temporal. El ECMO central fue la asistencia más implantada (19 pacientes). El score RADIAL predijo mal la ocurrencia de FPIG, con un área bajo la curva ROC de 0,58 (IC al 95% 0,44- 0,72). Un 12,7% de receptores tenían AVLD preTxC, y su presencia se asoció a FPIG (28% de FPIG con AVLD vs 10% sin ella, $p = 0,01$). La mortalidad a 90 días fue del 58,6% tras FPIG frente 15,3% en pacientes sin él ($p = 0,001$). El implante de soporte mecánico fue intraoperatorio en el 58% de los casos, y este hecho no influyó en la mortalidad (48% con soporte intraoperatorio frente a 47% posoperatorio, $p = 0,96$), tampoco lo hizo si el implante fue periférico o central (mortalidad 50,0 vs 61,9%, $p = 0,56$). Con una mediana de seguimiento de 1.570 días (153-2.483), la mortalidad en los supervivientes a 90 días continuó influenciada por el FPIG, HR 5,8 (IC95% 2,5-13,3).

Características de donantes, receptores y procedimiento

Variable	FPIG	No FPIG	p
----------	------	---------	---

Receptores

Edad	50 (12)	51 (13)	0,659
Sexo femenino	8 (28%)	48 (26%)	0,878
Diabetes	9 (31%)	43 (24%)	0,381
Dependencia inotrópicos	8 (30%)	66 (39%)	0,371
AVLD	8 (28%)	19 (10%)	0,010
Soporte corta duración	5 (17%)	73 (40%)	0,019

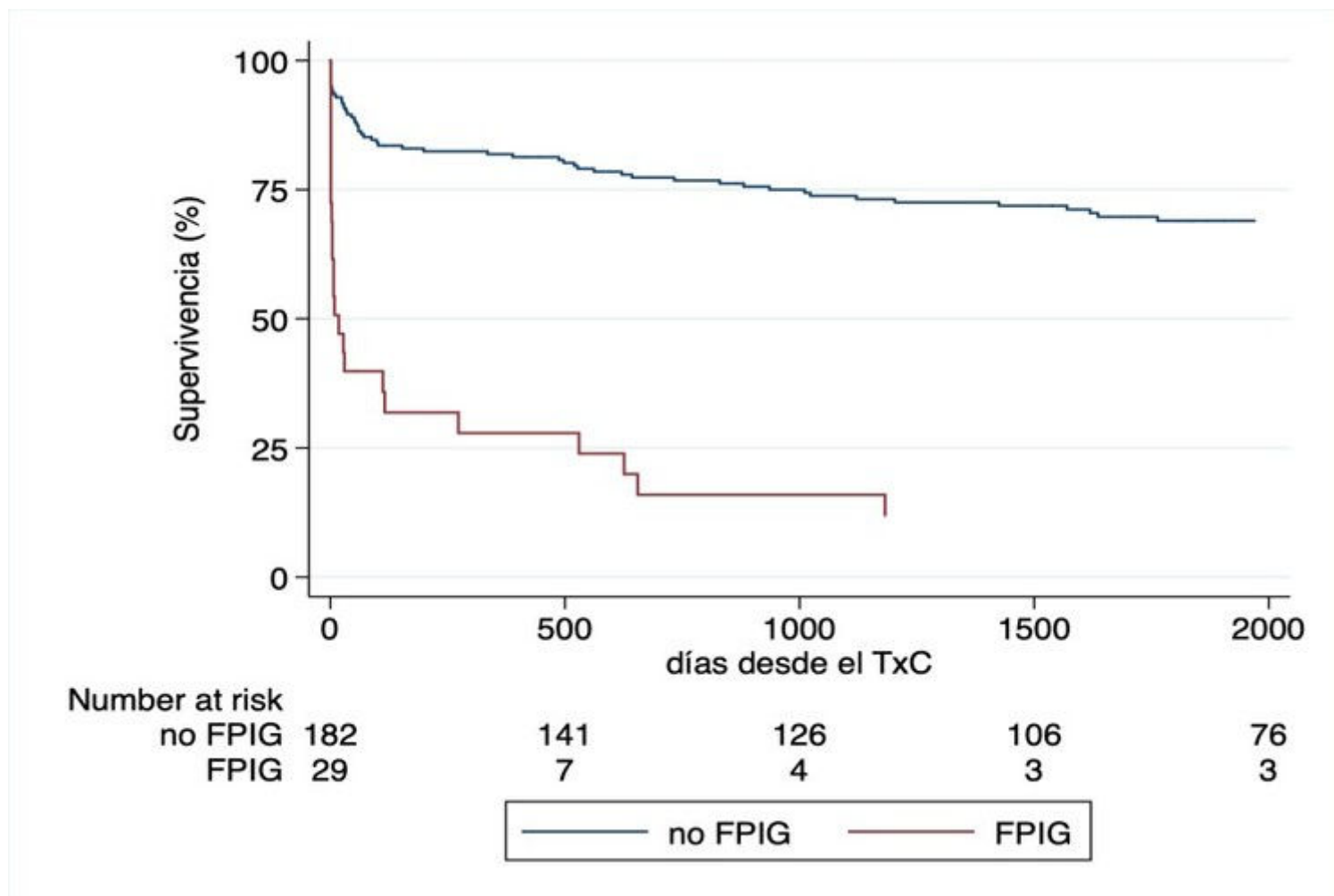
Donantes

Edad	42 (10)	41 (12)	0,844
Sexo femenino	12 (41%)	69 (38%)	0,721
Ictus como causa muerte	18 (69%)	102 (60%)	0,768

Procedimiento

Tiempo isquemia	237 (93)	2164(65)	0,206
RADIAL promedio	2,9 (1,3)	2,5 (1,2)	0,282
Donante mujer-receptor varón	6 (21%)	36 (20%)	0,898

AVLD: asistencia ventricular de larga duración; FPIG: fracaso primario del injerto grave.



Supervivencia en pacientes con FPIG.

Conclusiones: La incidencia de FPIG en nuestra cohorte fue de 13,7% con una alta mortalidad (58,6% a 90 días). El momento o modalidad de implante de soporte mecánico postrasplante no influyó en la mortalidad. La presencia de AVLD se asoció a más FPIG, curiosamente las AVCD no se asociaron. El score RADIAL podría haber perdido su capacidad de discriminación de riesgo en series contemporáneas.