



6019-117. MIOCARDIOPATÍA DE ESTRÉS EN EL POSTRASPLANTE HEPÁTICO INMEDIATO: ¿MITO O REALIDAD?

José Miguel Rojo Pérez, Ramón Rubí Matamoros, Eugenio Picazo Feu, Clara Nuevo Gallardo, Javier Corral Macías, Rosa Navarro Romero, Natalia Torrijos López, Andrea Alonso Campana, Miguel Ángel Vallejo Ruiz, Ana Belén Merón Pino, Ana María Martínez Carapeto, María Yuste Domínguez, Juan Manuel Durán Guerrero, Juan Manuel Nogales Asensio y M. Eugenia Fuentes Cañamero

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía de estrés (MC) es una entidad descrita en el postrasplante hepático (TH) inmediato del paciente cirrótico. Consiste en la disminución de la contractilidad miocárdica en ausencia de cardiopatía estructural conocida, independientemente de la etiología de la cirrosis, expresándose cuando el paciente sufre un estrés físico. Se ha planteado como una entidad específica del trasplantado hepático, aunque su prevalencia exacta no se ha determinado. Nuestro objetivo es conocer la incidencia de MC en pos-TH en nuestro centro, evaluar posibles factores predictores a partir del estudio pre-TH y valorar su letalidad o reversibilidad.

Métodos: Realizamos un análisis retrospectivo a 167 pacientes sometidos a TH en los últimos 7 años. Analizamos los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio cardiológico pre-TH, realizando un seguimiento tras el alta.

Resultados: La incidencia de disfunción ventricular aguda (DVI) en nuestra serie fue de 1,8%, sin diferencias por edad y sexo. Los factores de riesgo cardiovascular clásicos (hipertensión, diabetes, dislipemia y tabaquismo) se distribuyen de manera homogénea entre todos los pacientes sin influir su aparición. Ninguno de los afectados presentaba DVI ni cardiopatía estructural en las pruebas realizadas (ecocardiograma, SPECT cardiaco y coronariografía). Entre los eventos registrados encontramos: DVI con acinesia septoapical *de novo* en el pos-TH inmediato sin lesiones significativas en coronariografía junto realce de tipo isquémico (sugestivo de infarto embólico); DVI tras parada cardiorrespiratoria tipo asistolia recuperada y DVI en contexto de *shock* hemorrágico que termina en *exitus letalis*. De los pacientes afectados solo 1 fallece (4,2% del total de *exitus*), no por causa cardiovascular. Al año del TH la DVI había revertido en el 100% de los pacientes vivos, persistiendo alteraciones de la contractilidad sugerentes de isquemia en uno de ellos.

Descripción de
los pacientes
con disfunción
ventricular
aguda en el
postrasplante
hepático

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Edad (años)	68	70	53
FRCV	HTA + DLP	DM + DLP	HTA + DM + DLP
Sexo	Femenino	Masculino	Masculino
Pruebas pre-TH	Ecocardiograma sin cardiopatía estructural	Ecocardiograma sin cardiopatía estructural	Ecocardiograma sin cardiopatía estructural
	Coronariografía lesiones coronarias	Ergometría negativa con aceptable capacidad funcional (6,5 METs)	SPECT sin lesiones coronarias
Precipitante DVI	Infarto embólico	Parada cardiorrespiratoria tipo asistolia	<i>Shock</i> hemorrágico
Resultado	Alteraciones de contractilidad con DVI recuperada	DVI recuperada	<i>Exitus letalis</i>

DLP: dislipemia; DM: diabetes mellitus; DVI: disfunción ventricular izquierda; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; TH: trasplante hepático; SPECT: tomografía computarizada de emisión monofotónica.

Conclusiones: La MC es una entidad inusual en trasplantados hepáticos. En nuestra serie, se cuestiona la existencia de factores predictores de evento en las pruebas pretransplante. Se muestra como factores externos (infarto de miocardio, parada cardiorrespiratoria y *shock* hemorrágico) pueden ser por sí mismos los responsables de su aparición sin necesidad de predisposición previa. Su letalidad y reversibilidad es similar a la descrita en la literatura sobre miocardiopatía del paciente crítico.