



Revista Española de Cardiología



4013-6. ¿DEBEMOS SEGUIR TEMIENDO AL FALLO PRIMARIO DEL INJERTO CARDIACO EN LA ERA DEL SOPORTE MECÁNICO CIRCULATORIO?

Teresa Borderías Villarroel¹, Sofía González Lizarbe¹, Juan Sánchez Ceña¹, Beatriz de Tapia Majado¹, Santiago Catoya Villa¹, David Serrano Lozano¹, Manuel Lozano González¹, Indira Cabrera Rubio¹, Eduardo Luján Valencia¹, Cristina Castrillo Bustamante¹, Ángela Canteli Álvarez¹, Marta Ruiz Lera¹, Manuel Cobo Belaustegui¹, Jose Aurelio Saralde Aguayo² y Virginia Burgos Palacios¹, del ¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: El fallo primario del injerto (FPI) es la principal causa de mortalidad precoz tras el trasplante cardiaco (TxC). Su aumento de incidencia en los últimos años posiblemente esté favorecido por el desbalance entre receptores y donantes que obliga a aceptar «donantes marginales». Nuestro objetivo es analizar el soporte mecánico circulatorio (SMC) con oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial (ECMO-VA) en el FPI refractario a inotrópicos y determinar su impacto sobre la recuperación de la función del injerto y la supervivencia.

Métodos: El programa de SMC comenzó en nuestro centro en abril 2009. En este periodo se han implantado 252 dispositivos (154 ECMO y 98 asistencias ventriculares Levitronix) y se han trasplantado 201 pacientes. Describimos las características y evolución de los casos de FPI manejados con ECMO-VA.

Resultados: Se diagnosticó FPI en 39 pacientes (19,4%), definido como disfunción sistólica izquierda, derecha o biventricular significativa en las primeras 24 horas post-TC asociada a inestabilidad hemodinámica, precisando inotrópicos a dosis altas, balón de contrapulsación intraaórtico (BCIAo) o ECMO-VA. En 22 casos (56,4%) se implantó una ECMO-VA mediante canulación periférica como puente a recuperación. La mediana de edad fue 50,8 años; 77% varones. Se objetivó disfunción del ventrículo izquierdo (VI) en el 50% y aislada del ventrículo derecho en la otra mitad. En el momento del implante, el 59% tenían BCIAo y la mediana de puntuación inotrópica fue 24 (8-40). Hubo complicaciones en el implante en 4 casos (2 por acceso vascular complejo y 2 por malposición de la cánula de entrada). Se anticoaguló tras una mediana de 19 horas (10-28; 59% heparina sódica y 36% bivalirudina). La mediana de duración del soporte fue 6,2 días (3-9,2). El 90% recuperó la función ventricular, retirándose el dispositivo con éxito en 82% de los pacientes. El 18% restante murió con el ECMO-VA (2 por fracaso multiorgánico y 2 por ausencia de recuperación de función). La supervivencia tanto hospitalaria como al año fue 63,6%. La mediana de estancia hospitalaria fue 63 días (33-93).

Principales características basales de receptores y donantes

Características del donante

Mediana (RIQ)/n (%)

Edad (años)	48 (41-55)
Sexo femenino	10 (45,5%)
Parada cardiorrespiratoria previa	2 (9%)
Tiempo isquemia total (minutos)	210 (190-230)
Características del receptor	Mediana (RIQ)/n (%)
Edad (años)	50,8 (44,3-57,3)
Sexo femenino	5 (23%)
Lista de espera	
Alarma 0	13 (59,1%)
Alarma 1	5 (22,7%)
Electiva	4 (18,2%)
Soporte mecánico circulatorio previo	12 (54,5%)
LVAD	6 (50%)
BiVAD	2 (16,7%)
ECMO VA reconvertida a LVAD	2 (16,7%)
ECMO VA reconvertida a BiVAD	2 (16,7%)
Tiempo de soporte mecánico previo (días)	30 (18-42)

BiVAD: asistencia biventricular, ECMO VA: oxigenador extracorpóreo de membrana venoarterial, LVAD: asistencia ventricular izquierda; n: número; RIQ: rango intercuartílico;



Principales complicaciones durante el soporte con ECMO-VA en pacientes con FPI.

Conclusiones: El implante de ECMO-VA permitió la recuperación de la función en el 90% de FPI grave, con una supervivencia superponible a otras series de centros con SMC. En un escenario con mortalidad superior al 50%, este tipo de programas han permitido aumentar la supervivencia y evitar el re-TxC en época de escasez de donantes.