

5006-6. RELACIÓN ENTRE LA APARICIÓN DE ANTICUERPOS DONANTE ESPECÍFICOS Y EVENTOS ADVERSOS EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE TRASPLANTADO CARDIACO

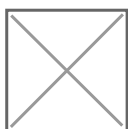
Eduard Solé González¹, Sonia Mirabet Pérez¹, Vicente Brossa Loidi¹, Laura López López¹, Álex Sionis¹, Antonino Ginel Iglesias², Jaume Martorell³ y Eulàlia Roig Minguell¹ del ¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona y ³Servicio de inmunología, Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: A pesar de los avances, la morbimortalidad a medio-largo plazo del trasplante cardíaco (TC) sigue siendo elevada. La implicación pronóstica de la presencia de anticuerpos antidonante específicos (ADE) postrasplante es incierta, aunque se sospecha que podría condicionar mayores tasas de rechazo humoral y peor pronóstico. El objetivo de este estudio fue analizar la implicación pronóstica de la aparición de ADE.

Métodos: Se analizaron un total de 72 pacientes con TC y se determinó la presencia de ADE en 152 muestras sanguíneas. Se registró la mortalidad, la disfunción del injerto y la aparición de vasculopatía del injerto durante el seguimiento (EVI).

Resultados: De un total de 161 pacientes, trasplantados entre 2004 y 2014, se seleccionaron aquellos que tuvieron al menos una determinación de ADE (72 pacientes). La edad media del receptor fue de 54 ± 12 años, y del donante fue 41 ± 13 años, un 78% fueron varones, el tiempo de isquemia fue 197 ± 55 minutos y un 35% fueron en situación de urgencia. La terapia de inducción fue basiliximab 89% y la de inmunosupresión fue tacrolimus (90%), micofenolato (96%) y corticoides (99%). Se detectaron ADE positivos en 16 pacientes (22%) de los cuales 10 fueron antiHLA clase II (62%), 3 fueron antiHLA clase I (19%) y 3 fueron antiHLA clase I y II (19%). El PRA fue negativo en todos los casos excepto uno, positivo del 28%. El crossmatch postTC fue negativo en 13 pacientes, positivo en 2 pacientes y no se realizó en 1 paciente. Aquellos TC con ADE positivos tuvieron un alto índice de complicaciones comparados con los TC sin ADE (56% frente a 13% $p < 0,001$). Durante el seguimiento, 2 TC presentaron EVI, uno de los cuales falleció, otro presentó derrame pericárdico recidivante, 3 disfunción ventricular sin rechazo agudo y 3 se diagnosticaron de rechazo humoral. Los 7 restantes no presentaron eventos. A lo largo del seguimiento se realizó una segunda determinación de ADE a 9 TC, de los cuales 4 seguían siendo positivos y 5 se habían normalizado. Al comparar las curvas de supervivencia de los TC con o sin ADE (Kaplan-Meier), la probabilidad de sobrevivir sin eventos fue significativamente menor en el grupo con ADE positivos ($p = 0,002$) (fig.).



Curvas de supervivencia libre de eventos.

Conclusiones: 1) Un 22% de TC presentó ADE durante el seguimiento. 2) La presencia de ADE post-TC identifica un grupo de TC con alto riesgo de presentar complicaciones. 3) Estos pacientes deberían tener un control más estricto.