

4005-5. LIGEROS AUMENTOS EN EL TIEMPO DE ISQUEMIA DURANTE EL TRASPLANTE CARDIACO SE ASOCIAN A DISFUNCIÓN SUBCLÍNICA PRECOZ DEL INJERTO

Cristina Mitroi, Inés García Lunar, Vanesa Moñivas Palomero, Susana Mingo Santos, Paula Beltrán Correas, Manuel Sánchez García, Manuel Gómez Bueno y Javier Segovia Cubero del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción: A pesar de que el trasplante cardiaco (TxC) es una opción terapéutica excelente en la insuficiencia cardiaca terminal sus efectos beneficiosos pueden verse limitados en varias situaciones. El tiempo de ischemia prolongado (TI) por encima de 240 a 300 minutos se asocia a peores resultados en relación a fallo primario del injerto, mayor estancia en cuidados intensivos o rechazo crónico. Hay pocos datos sobre su influencia en la función inicial del injerto. Nuestro objetivo fue estudiar la disfunción sistólica precoz del injerto utilizando métodos ecocardiográficos sensibles como doppler tisular (DT) y speckle tracking (ST).

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva 34 receptores de TxC entre 2010 y 2012. Se realizaron ecocardiogramas en los primeros 10 días y a los 30 días tras el TxC. Se utilizó DT para determinar la velocidad sistólica del anillo tricúspide o mitral y ST para calcular el *strain* longitudinal (S. Long.) en plano apical 4 y 2 cámaras. El TI se calculó desde el momento de clampaje de la aorta en el donante hasta el momento de su desclampaje en el receptor. Empleamos un valor de corte de 200 min para dividir los pacientes en 2 grupos.

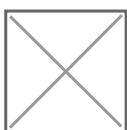


Figura. Curvas de S. Long en plano 4 y 2 cámaras a los 10 días del TXC en un paciente con TI < 200 minutos.

Resultados					
	Grosor VD	Onda sistólica anillo tricúspide	Onda sistólica anillo mitral medial	Onda sistólica anillo mitral lateral	S. Long. global VI
TI < 200 min (n = 10)	4,78 ± 1,48	10,5 ± 2,48	8,51 ± 1,77	11,32 ± 1,57	17,72 ± 2,61

TI > 200 min (n = 24)	6,30 ± 1,29	8,79 ± 2,26	7,21 ± 1,67	9,48 ± 2,15	14,06 ± 4,22
p	0,006	0,07	0,049	0,008	0,0037

VD: ventrículo derecho, VI: ventrículo izquierdo, S. Long: *strain* longitudinal, TI: tiempo de isquemia.

Resultados: 10 pacientes presentaron un TI < 200 min (media 152,7 ± 23,3 min, 125-190 min) y 24 TI > 200 min (media 246,4 ± 49,7 min, 205-420 min). No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos en cuanto a edad (53 ± 12,9 vs 51 ± 12,6) o porcentaje de varones (100% vs 75%). Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto al número de rechazos detectados por biopsia endomiocárdica aunque hubo un caso de rechazo 3R en el grupo con TI > 200 min. Se registraron diferencias significativas en cuanto al valor de S. Long. global del ventrículo izquierdo, onda sistólica medida por DT del anillo mitral medial y lateral y el grosor del ventrículo derecho (tabla). En el estudio de control 30 días tras TxC no hubo diferencias significativas entre los 2 grupos (grosor VD 5,53 ± 0,8 vs 5,5 ± 1,1 p = NS, onda sistólica anillo mitral medial 7,76 ± 1,54 vs 7,43 ± 1,88, pNS, onda sistólica anillo mitral lateral 10,57 ± 2,1 vs 10,47 ± 2,7, p = NS y S. Long. global VI de 17,26 ± 2,5 vs 16,44 ± 3,7, p = NS). El trabajo actual sugiere que incluso ligeros aumentos del TI se asocian con disfunción subclínica del injerto. Este hallazgo cobra aun más importancia en el contexto actual de escasez de donantes que obliga a tiempos de traslado prolongados.