Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 46

Revista Española de Cardiología

4016-6. PREVALENCIA DE VASCULOPATÍA DEL INJERTO AL AÑO DEL TRASPLANTE CARDIACO SEGÚN LA NUEVA NOMENCLATURA DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE TRASPLANTE CARDIACO Y PULMONAR Y SU VALOR PRONÓSTICO

Óscar Prada Delgado, Rodrigo Estévez Loureiro, Ángela López Sainz, Mª Jesús Paniagua Martín, Raquel Marzoa Rivas, Eduardo Barge Caballero, Alfonso Castro Beiras y María G. Crespo Leiro del Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.

Resumen

Antecedentes y Objetivos: La vasculopatía del injerto (CAV), causa importante de morbimortalidad tras el primer año de trasplante cardiaco (TC), ha carecido de criterios homogéneos para su diagnóstico y clasificación. La nueva nomenclatura de la Sociedad Internacional de TC (NN-ISHLT) se basa en severidad angiográfica y función del injerto, aunque se desconoce su utilidad pronóstica. Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de CAV al año del TC según la NN-ISHLT y su valor pronóstico.

Métodos: Análisis retrospectivo de 169 pacientes (81,7% varones, edad receptor 52,9 ± 13,7 años, edad donante 40,2 ± 13,8 años) con TC en nuestro centro entre enero de 2000 y diciembre de 2009 y en los que se realizó angiografía coronaria al año del TC. Cada angiografía fue revisada y clasificada según la NN-ISHLT en ausencia de CAV (CAV0) o que esta fuese leve (CAV1), moderada (CAV2) o severa (CAV3). Para la evaluación pronóstica, se consideró la aparición de eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE), definido como el combinado de muerte, síndrome coronario agudo (SCA), revascularización coronaria, ingreso por insuficiencia cardiaca (IC) no relacionada con un episodio de rechazo agudo y retrasplante cardiaco.

Resultados: Del global de pacientes, 31 (18,4%) presentaron CAV al año (13% CAV1; 3% CAV2; 2,4% CAV3). Tras un seguimiento medio de 5,6 ± 2,8 años, 30 pacientes (18,1%) presentaron algún tipo de MACE, 21 (12,7%) pacientes fallecieron, 9 (5,4%) precisaron ingreso por IC, 3 (1,8%) presentaron un SCA y 6 (3,6%) precisaron revascularización coronaria. En el análisis univariable se asociaron con un mayor riesgo de sufrir MACE tanto la presencia de CAV3 (Hazard Ratio [HR] 9,2; Intervalo de confianza [IC] 95%, 2,7-31,0; p < 0,001) como la presencia de CAV2 (HR 4,9; IC95%, 1,1-21,0; p = 0,035) al año del TC. No hubo diferencias en cuanto a eventos entre los pacientes con CAV 1 y aquellos sin CAV. En un análisis de regresión de Cox la presencia de CAV3 se mantuvo como un predictor independiente de MACE (HR 4,9; IC95%, 3,1-52,7; p < 0,001).

Conclusiones: La prevalencia de CAV en la angiografía al año del TC según la NN-ISHLT es cercana al 20%. Esta nueva clasificación se muestra como una herramienta útil para la estratificación pronóstica de los pacientes con TC, presentando aquellos con CAV moderada o severa (CAV2 o CAV3 de la NN-ISHLT) un

mayor riesgo de MACE en el seguimiento.