



6033-390. INCIDENCIA DE RECHAZO HUMORAL EN EL TRASPLANTE CARDIACO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

José Luis Lambert Rodríguez, Beatriz Díaz-Molina, Esmeralda Capin, M. José Bernardo Rodríguez, Rebeca Alonso-Arias, Antonio López-Vázquez, María Victoria Folgueras y Aurora Astudillo del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: Hasta hace pocos años, el rechazo humoral y la sospecha de rechazo con biopsia negativa eran entidades difíciles de sistematizar. Gracias al consenso de la ISHLT podemos tener una herramienta para su diagnóstico y clasificación. Sin embargo, aunque en el trasplante renal se describe una alta incidencia y una importancia clínica indudable, en el trasplante cardiaco las cosas no están tan claras. La incidencia no parece tan elevada y desconocemos cuál es el valor clínico y pronóstico de los DSA (antígenos donante específicos) en el seguimiento de los pacientes trasplantados de corazón. Nuestro objetivo es intentar conocer la incidencia de rechazo humoral en nuestros enfermos mediante biopsias endomiocárdicas y la determinación de DSA.

Métodos: Desde julio de 2013 se han realizado 24 trasplantes cardiacos, en todos ellos se utiliza el mismo tratamiento inmunosupresor, con inducción con basiliximab y triple terapia con tacrolimus, prednisona y micofenolato, que se sustituye por everolimus a los 3 meses de evolución. Además del seguimiento clínico se realizan biopsias endomiocárdica a los 15 y 30 días, cada mes durante 6 meses y a los 9 y 12 meses. Se realizan tinciones específicas para el estudio del rechazo celular y estudios histológicos e inmunohistoquímicos para el rechazo humoral. Coincidiendo con cada biopsia se determinan anticuerpos antiHLA I y II donante específicos.

Resultados: Se realizó prueba cruzada entre linfocitos del donante y suero del receptor en los 24 enfermos y fue negativa. Se ha completado al menos tres meses de seguimiento en 17 enfermos, y se han realizado un total de 121 biopsias, en 38 (31%) se describe un rechazo 1R de la ISHLT y en 3 (2,5%), un rechazo 2R, sin repercusión hemodinámica. En ninguna de ellas se encontraron signos de rechazo humoral. Todas las determinaciones de DSA han sido negativas.

Conclusiones: En el trasplante cardiaco, el rechazo humoral es una entidad muy poco frecuente, sobre todo si se compara con los datos del trasplante renal. Podría explicarse por la baja incidencia receptores sensibilizados, por los protocolos de inmunosupresión utilizados o porque la sensibilidad de nuestros métodos diagnósticos sea baja. Es necesario llevar a cabo protocolos y registros multicéntricos para conocer la incidencia real del rechazo humoral en nuestro medio y conocer su implicación clínica y pronóstica.