



6034-423. VALOR DE LA TROPONINA T DE ALTA SENSIBILIDAD COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA DISFUNCIÓN PRIMARIA DEL INJERTO DESPUÉS DE TRASPLANTE CARDIACO

Ana Belén Méndez Fernández, Jordi Ordoñez-Llanos, Sònia Mirabet, Josefa Galán, Vicens Brossa, Christian Muñoz, Laura López y Eulàlia Roig del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El fallo primario del injerto con disfunción ventricular izquierda (DVI) es una de las principales causas de morbilidad en la fase aguda del trasplante cardiaco (TC). Su diagnóstico precoz es importante para mejorar el pronóstico.

Métodos: Para analizar el valor de la determinación de troponina T de alta sensibilidad (TnT-hs) para predecir DVI se analizó su concentración a la llegada del paciente a la unidad de cuidados intensivos (UCI) en 71 trasplantados de forma consecutiva. Se definió DVI moderada-importante siguiendo el consenso publicado recientemente, siendo moderada: FEVI \leq 40% o compromiso hemodinámico con AD $>$ 15 mmHg, PCP $>$ 20 mmHg, IC 2,0 L/min/m², hTA con medias 70 mmHg ($>$ 1h) y altas dosis de inotrópicos o implante de BCIAo (a pesar de drogas) y grave: dependencia de soporte mecánico izquierdo o biventricular. La edad del receptor fue 54 ± 12 años (73% varones), edad donante 47 ± 11 años. Un 30% de TC fueron urgentes. El tiempo de isquemia fue 200 ± 51 min y el de CEC 122 ± 31 min. En total, 9 TC (13%) presentaron DVI post-TC, de estos, 8 presentaron disfunción biventricular. Del total 2 pacientes (3%) fallecieron con DVI.

Resultados: El valor medio de la TnT-hs antes y después del TC fue de 158 ± 565 y 1.621 ± 1.269 ng/L ($p = 0,001$). La concentración de TnT-hs al ingreso en la UCI fue significativamente mayor en los TC con DVI (4.136 ± 220 ng/L frente a 1.301 ± 593 ng/L, $p = 0,001$). El área bajo la curva ROC de TnT-hs para detectar DVI fue de 0,86 ($p 0,003$). Un valor de corte de TnT-hs 2.000 ng/L tuvo una sensibilidad 75% y especificidad 87% para diagnosticar DVI. El análisis multivariado identificó TnT-hs $>$ 2.000 ng/L ($p 0,02$) y un tiempo de CEC prolongado ($p 0,01$) como predictores de DVI.



La curva ROC de la TnT-hs al llegar a UCI para detectar DPI-VI fue de 0,860 ($p 0,003$).

Conclusiones: Las TnT-hs pueden ser de utilidad para el manejo agudo del TC para identificar a los pacientes en riesgo de DPI-VI. Una concentración de TnT-hs $>$ 2.000 ng/dL al llegar a la UCI es un predictor independiente de DPI-VI.