



4023-3. TRASPLANTE CARDIACO EN ADULTOS CON CIRCULACIÓN UNIVENTRICULAR: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS A CORTO Y MEDIO PLAZO EN UNA SERIE CONTEMPORÁNEA DE UN CENTRO TERCIARIO DE REFERENCIA

Clara Fernández Cordón, Andrés Alonso García, Raquel Prieto Arévalo, Eduardo Zatarain Nicolás, Carolina Devesa Cordero, Iago Sousa Casasnovas, Ricardo Sanz Ruiz, Pablo Ávila Alonso, Rafael Corisco Beltran, Juan Miguel Gil Jaurena, Ramón Pérez-Caballero Martínez, Ana Pita Fernández, Carlos Andrés Pardo Pardo, Javier Bermejo Thomas y Francisco Fernández-Avilés Díaz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El trasplante (Tx) cardiaco es el último escalón de tratamiento en la circulación univentricular fallida. Sin embargo, la mortalidad durante el posoperatorio y el primer año postrasplante ha sido tradicionalmente elevada en estos pacientes. Nuestro objetivo es describir la experiencia reciente en pacientes con fisiología univentricular trasplantados en un centro terciario de referencia.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de todos los pacientes adultos con circulación univentricular sometidos a Tx cardiaco entre 2010 y 2019, sus características basales y los resultados a corto-medio plazo.

Resultados: Nueve pacientes (67% varones) recibieron un Tx cardiaco durante el periodo estudiado (edad 20-49 años). El ventrículo era morfológicamente izquierdo en 6 de ellos. Cuatro pacientes tenían un Fontan atriopulmonar, 3 conducto extracardiaco y 2 ventrículos únicos sin completar Fontan. El número de esternotomías o toracotomías previas fue elevado (3-5). La mayoría tenían antecedentes de insuficiencia cardiaca (89%) y arritmias supraventriculares (67%). En dos casos la indicación principal de Tx fue enteropatía pierde-proteínas (EPP) y en uno hepatopatía en estado de cirrosis. Cuatro pacientes se trasplantaron desde urgencia 1 o 0, pero solo en uno se usó soporte mecánico previo al Tx (balón de contrapulsación intraaórtico). Todos requirieron reparaciones adicionales durante la cirugía, con un tiempo de isquemia y de circulación extracorpórea entre 4 y 5 horas. La incidencia y severidad de fallo primario del injerto fue elevada (44% de casos, 33% precisaron oxigenación por membrana extracorpórea). El 44% presentó infecciones severas en el postoperatorio, prolongando la estancia. Una paciente presentó ictus perioperatorio. Solo hubo una muerte en el postoperatorio inmediato (11%), por sepsis. La supervivencia al mes y al año postrasplante fue excelente, y tras un seguimiento medio de 3,76 años (0,2-6,6) todos los demás pacientes siguen vivos y con buena evolución, incluyendo resolución de EPP.

Resultados tras trasplante cardiaco

Urgencia 0

1/9 (11%)

Soporte mecánico posoperatorio

Urgencia 1	3/9 (33%)	BCIAO	1/9 (11%)
Electivo	5/9 (56%)	ECMO	3/9 (33%)
		VAD (biventricular)	1/9 (11%)
Soporte pretrasplante		Intubación orotraqueal (días)	7 (0,25-16)
Inotrópicos	3/9 (33%)		
VMI	0/9 (0%)	Estancia en UCI (días)	13,5 (7-55)
BCIAO	1/9 (11%)	Fallo primario del injerto	4/9 (44%)
ECMO	0/9 (0%)	Rechazo	1/9 (11%)
VAD	0/9 (0%)	Infección grave	4/9 (44%)
		Mortalidad	
Tiempo de isquemia (min)	267 (140-290)	Perioperatoria	1/9 (11%)
		Largo plazo	0/8 (0%)
Tiempo de circulación extracorpórea (min)	277 (120-525)	Seguimiento (años)	3,76 (0,2-6,6)

VMI: ventilación mecánica invasiva; BCIAO: balón de contrapulsación intraaórtico; ECMO: oxigenación por membrana extracorpórea; VAD: asistencia ventricular; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Conclusiones: En nuestra experiencia en un hospital terciario trasplantador y de referencia en cardiopatías congénitas del adulto, el Tx es una opción factible con resultados cada vez mejores a corto-medio plazo. El trabajo coordinado de un equipo multidisciplinar de cardiólogos, cirujanos y anestesiólogos, entre otros especialistas, es clave para el éxito.