



5013-14. MONITORIZACIÓN DE ENFERMEDAD VASCULAR DEL INJERTO Y RECHAZO AGUDO EN EL MISMO PROCEDIMIENTO MEDIANTE UN ACCESO VASCULAR ÚNICO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN

Carlos Arellano Serrano, Juan Francisco Oteo Domínguez, Arturo García Touchard, José Antonio Fernández Díaz, María del Trigo Espinosa, Sara Lozano Jiménez, Cristina Daniela Mitroi, Francisco José Hernández Pérez, Manuel Gómez Bueno, Francisco Javier Goicolea Ruigómez y Javier Segovia Cubero

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La monitorización de la enfermedad vascular del injerto (EVI) y del rechazo agudo (RA) tras un trasplante cardiaco (TxC) se basa en la realización de una coronariografía diagnóstica (CORO-DX) que requiere un acceso arterial y una biopsia endomiocárdica, normalmente de ventrículo derecho (BEM-VD), que requiere un acceso venoso. En función de la indicación clínica, los pacientes TxC son remitidos a sala de hemodinámica para realizar en el mismo acto ambos procedimientos. Evaluamos la efectividad y la seguridad de realizar con acceso arterial único una biopsia endomiocárdica de ventrículo izquierdo (BEM-VI) y una CORO-DX.

Métodos: Analizamos de forma retrospectiva los pacientes con TxC remitidos a nuestro servicio de hemodinámica para monitorizar en el mismo acto RA y EVI entre enero 2018 y mayo 2020. Comparamos los procedimientos realizados con dos accesos (Grupo 1; CORO-Dx + BEM-VD) frente los procedimientos realizados con acceso arterial único (Grupo 2; CORO-DX + BEM-VI).

Resultados: Se han realizado 104 procedimientos en el periodo señalado, 88 (84,6%) pertenecen al grupo de doble acceso y 16 (15,4%) al grupo acceso único. Todos se realizaron de manera satisfactoria y no se documentaron complicaciones mayores. Únicamente hubo 2 casos de muestra insuficiente, una por cada grupo. Las características basales en ambos grupos fueron similares. Como se puede ver en la tabla, la presencia de RA y EVI también fueron similares. El tiempo total del procedimiento ($48,62 \pm 18,71$ vs $37,31 \pm 10,49$ min) y el tiempo de escopia ($10,95 \pm 4,98$ vs $7,13 \pm 1,71$ min) fue significativamente menor en el grupo de acceso único ($p = 0,021$ y $p = 0,003$ respectivamente). El acceso arterial más utilizado en el grupo 2 fue la arteria radial derecha (8; 50%) seguido de arteria femoral derecha (4; 25%).

Pacientes remitidos para monitorizar rechazo y enfermedad vascular del injerto entre enero 2018 y mayo 2020

Total	Grupo 1	Grupo 2	P
-------	---------	---------	---

104	CORO-Dx + BEM-VD	CORO-DX + BEM-VI		
	88 (84,6%)	16 (15,4%)		
Edad (años)	52,2 ± 13,3	53,1 ± 13,3	47,4 ± 13,0	p = 0,120
Varón (n;%)	77; 74%	65; 73,9%	12; 75%	p = 0,924
SC (m ²)	1,83 ± 0,19	1,83 ± 0,20	1,79 ± 0,17	p = 0,480
Tiempo desde TxC (meses)	44,0 ± 70,1	43,6 ± 72,2	46,2 ± 58,9	p = 0,891
Número muestras (n)	3,44 ± 1,02	3,44 ± 1,05	3,44 ± 0,89	p = 0,984
Rechazo 0R (n; %)	71; 68,3%	58; 65,9%	13; 81,1%	
Rechazo 1R (n; %)	27; 26,0%	26; 29,5%	1; 6,3%	
Rechazo 2R (n; %)	4; 3,8%	3; 3,4%	1; 6,3%	p = 0,143
BEM insuficiente (n;%)	2; 1,9%	1; 1,2%	1; 6,3%	
EVI (n; %)	32; 30,8%	27; 30,7%	5; 31,2%	p = 0,964
Tiempo sesión (min)	46,84 ± 18,11	48,62 ± 18,71	37,31 ± 10,49	p = 0,021*
Tiempo escopia (min)	10,35 ± 4,83	10,95 ± 4,98	7,13 ± 1,71	p = 0,003*
Complicación mayor (n; %)	0; 0%	0; 0%	0; 0%	p = 1,000

SC: superficie corporal; TxC: trasplante cardiaco; Rechazo 0R-2R: escala de rechazo celular por la IHSLT; BEM: biopsia endomiocárdica; EVI: enfermedad vascular del injerto.

Conclusiones: La realización de una biopsia endomiocárdica y coronariografía a través de un acceso único arterial es igual de efectiva y segura que con doble acceso, arterial y venoso adicional, en centros de alto volumen y experiencia. El tiempo total del procedimiento y el tiempo de escopia es significativamente menor cuando se realiza a través del mismo acceso.