



5021-4. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON TRASPLANTE CARDIACO SEGÚN DATOS RECOGIDOS EN ESTUDIO HEMODINÁMICO COMPLETO. RESULTADOS A UN SEGUIMIENTO MUY PROLONGADO

Carlos Arellano Serrano, Paula Vela Martín, José Antonio Fernández Díaz, Arturo García Touchard, María del Trigo Espinosa, Francisco Hernández Pérez, Daniela Cristina Mitroi, Mercedes Rivas Lasarte, Manuel Gómez Bueno, Javier Segovia Cubero y Juan Francisco Oteo Domínguez

Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad vascular del injerto (EVI) es la principal causa de morbilidad y mortalidad los primeros años de un paciente trasplantado cardiaco. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la evolución clínica y pronóstico vital de los pacientes trasplantados cardiacos según varios índices hemodinámicos invasivos: ecografía intracoronaria (IVUS) y estudio microcirculación.

Métodos: Entre octubre de 2006 y junio 2007 se realizó de forma consecutiva y según indicación de la unidad insuficiencia cardiaca avanzada un estudio hemodinámico invasivo completo a 42 pacientes trasplantados cardiacos (TC). El estudio invasivo consistía en realización de: coronariografía, biopsia endomiocárdica, IVUS y estudio microcirculación por termodilución. Los estudios de IVUS y microcirculación se centraron en la arteria descendente anterior (DA). Se clasificó el grado de EVI según clasificación de Stanford y se puso un punto de corte de Índice resistencia microvascular (IMR) > 25 para definir a los pacientes con resistencias microvascular elevada. En función de los hallazgos, clasificamos a los pacientes en 4 grupos: Grupo I: IMR 25 & Stanford I-III; Grupo III: IMR 25 & Stanford IV.

Resultados: Se realiza seguimiento completo a 39 (92,8%) de los 42 pacientes analizados. La mediana de seguimiento desde la realización del procedimiento hasta el último dato registrado es 13 años. Como se puede ver en la tabla hay una mayor tendencia a presentar peor clase funcional (NYHA III-IV) y mayor tasa ingresos por insuficiencia cardiaca (IC) a medida que aumenta el grado de EVI por Stanford pero sin llegar a ser significativo. Cuando al grado de EVI Stanford IV se le suma tener resistencias microvasculares elevadas (Grupo IV: IMR > 25 & Stanford IV) los pacientes tienen de forma significativa peor clase funcional y mayor tasa de ingresos por IC en el seguimiento. Ni el grado de EVI por Stanford, ni el aumento de IMR, ni la presencia de ambas, son indicadores de peor pronóstico (figura).

Clase funcional (NYHA) en último seguimiento

Variable	Total (n = 39)	NYHA I-II	NYHA III-IV	Significación
----------	----------------	-----------	-------------	---------------

n; %	n; %			
EVI Stanford				
Grado I	7	6 (85,7%)	1 (14,3%)	
Grado II	3	2 (66,7%)	1 (33,3%)	p = 0,481
Grado III	7	5 (71,4%)	2 (28,6%)	
Grado IV	22	12 (54,5%)	10 (45,5%)	
Grupo I: IMR 25 & Stanford I-III	6	6 (100%)	0 (0,0%)	
Grupo II: IMR> 25 & Stanford I-III	11	7 (63,6%)	4 (36,4%)	
Grupo III: IMR 25 & Stanford IV	11	7 (63,6%)	4 (36,4%)	p = 0,046*
Grupo IV: IMR> 25 & Stanford IV	11	5 (45,5%)	6 (54,5%)	
Ingreso por IC en el seguimiento				
Variable	Total (n = 39)	No ingreso IC	Sí ingreso IC	Significación
		n; %	n; %	
EVI Stanford				
Grado I	7	6 (85,7%)	1 (14,3%)	
Grado II	3	2 (66,7%)	1 (33,3%)	p = 0,291
Grado III	7	5 (71,4%)	2 (28,6%)	
Grado IV	22	12 (54,5%)	10 (45,5%)	
Grupo I: IMR 25 & Stanford I-III	6	6 (100%)	0 (0,0%)	p = 0,024*

Grupo II: IMR> 25 & Stanford I-III	11	8 (72,7%)	3 (27,3%)
Grupo III: IMR 25 & Stanford IV	11	8 (72,7%)	3 (27,3%)
Grupo IV: IMR> 25 & Stanford IV	11	4 (36,4%)	7 (63,6%)



Conclusiones: Los pacientes trasplantados cardiacos que presentan simultáneamente EVI grado IV Stanford con índice de resistencias microvascular elevadas tienen peor clase funcional y mayor tasa de ingresos por IC en el seguimiento, pero no presentan mayor tasa de mortalidad.