Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 410

Revista Española de Cardiología

6020-19. ASOCIACIÓN ENTRE EL PATRÓN RESTRICTIVO EN EL INJERTO CARDÍACO CON LA ENFERMEDAD VASCULAR DEL INJERTO Y LA MORTALIDAD A LARGO PLAZO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Esther Sánchez Insa, Marta Guillén Marzo, Cristina Moreno Ambroj, Ana Portolés Ocampo, María Carmen Aured Guallar, Georgina Fuertes Ferré, Teresa Blasco Peiró y María Luisa Sanz Julve del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Antecedentes y objetivos: La enfermedad vascular del injerto (EVI) se asocia a elevada mortalidad en pacientes sometidos a trasplante cardiaco (TXC).Nuestro objetivo fue correlacionar la permanencia de forma mantenida del patrón de llenado restrictivo (PR) con la aparición de EVI y pronóstico asociado.

Métodos: Se revisaron todos los TXC realizados en nuestro centro seleccionándose aquellos con supervivencia > 3 años y se analizaron diversas variables. Se definió PR por ecocardiograma como onda E/A > 1,5 y TD (tiempo desaceleración volumétrica) < 160 ms. Se establecieron dos grupos: pacientes con PR mantenido en la evolución (presente a 3 meses, al año y 3 años) y pacientes sin el mismo y se determinó si existía asociación con EVI y con mortalidad por causa cardiovascular (seguimiento medio: 6 ± 3 años).

Resultados: De los 102 TXC realizados (2000-2011), 80 cumplían criterios de selección. Las características basales (factores riesgo cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, serología CMV positiva y tiempo de isquemia) de los grupos fueron superponibles. 24 de estos pacientes (30%) presentaban PR mantenido en la evolución. De ellos, 11 pacientes (45%) presentaron EVI siendo la mortalidad del 72,7% y todos ellos por causa cardiovascular (rechazo agudo y crónico-disfunción ventricular izquierda). De los 13 pacientes con PR sin EVI (65%), 8 pacientes (61,5%) murieron, siendo 4 por causa cardiovascular. El grupo de pacientes que presentó PR mantenido durante la evolución presentó mayor mortalidad global de forma estadísticamente significativa (66,7 vs 3,6%; p < 0,001) tanto en caso de presencia de EVI (72,7 vs 14,5%; p < 0,001) como sin ella (61,5 vs 14,9%; p < 0,001). Existe además una relación estadísticamente significativa entre la mortalidad por causa cardiovascular y EVI en pacientes con PR (p < 0,001) no existente en caso de pacientes sin EVI. En el grupo de pacientes sin PR (56 pacientes, 70%), 5 pacientes (9%) presentaron EVI con supervivencia del 100%. De los 51 pacientes (91%) sin PR ni EVI, 2 pacientes han fallecido por causas no cardiovasculares. No existe asociación estadísticamente significativa entre presencia de EVI sin PR y mortalidad.

Conclusiones: En nuestra serie, el mantenimiento del PR en el injerto se asocia a alto riesgo de EVI y de mortalidad global y por causa cardiovascular, tanto por rechazo agudo como por disfunción ventricular izquierda.