



6033-372. TRASPLANTE CARDIACO EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS Y SITUACIÓN ACTUAL

María Teresa González López¹, Juan Miguel Gil Jaurena¹, Manuela Camino López², Ana María Pita Fernández¹, Ramón Pérez-Caballero Martínez¹, Nuria Gil Villanueva² y Constancio Medrano López² del ¹Servicio de Cirugía Cardíaca Pediátrica y ²Servicio de Cardiología Pediátrica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El trasplante cardíaco en cardiopatías congénitas constituye un reto quirúrgico debido a la compleja y variante anatomía subyacente y cirugías previas. Presentamos nuestras técnicas y resultados actuales.

Métodos: En un período de 27 meses (2013-15) se realizaron 26 trasplantes cardíacos en pacientes con cardiopatías congénitas (69,2% varones; 53,8% (n = 14) paliación univentricular). Las características clínicas y diagnósticas se exponen en la tabla.

Resultados: La técnica biatrial (Shumway) se empleó en 11,5% (n = 3, 1 con preservación de seno coronario nativo). La extracción de dispositivos percutáneos previos se precisó en 38,4% (n = 10) (*stent* en pulmonares, vena cava inferior y túnel lateral Fontan). Las siguientes técnicas de reconstrucción fueron empleadas (tejidos donante/heterólogos): hemiarco (15,4%, n = 4), plastia de arterias pulmonares (19,2%, n = 5), reconstrucción de hilio a hilio (30,7%, n = 8) y reconstrucción de cava superior (15,4%, n = 4). Tiempo medio de CEC: 257,6 ± 79,3 minutos (rango 120-431) e isquemia total 220,7 ± 48,6 (rango 140-287); parada circulatoria (hipotermia profunda) (15 ± 8 minutos) en un 19,2% (n = 5). Se requirió ECMO peri/posoperatorio en 7,7% (n = 2) y cierre diferido esternal en 26,9% (n = 7). Durante la estancia hospitalaria [44 ± 16 días (rango 18-185)]: plicatura diafragmática (23%, n = 6); rechazo humoral subagudo tratado con plasmaféresis (11,5%, n = 3); intervencionismo (*stent*: cava inferior/cava superior/aorta ascendente/arteria pulmonar derecha) (15,3%, n = 4). La mortalidad a 30 días fue 7,7% (n = 2) (1 sepsis y 1 disfunción ventricular grave con imposibilidad de desconexión de ECMO). En el seguimiento (17,4 ± 6,5 meses, rango 3-28; n = 24): libertad de intervencionismo 91,6% (n = 22) (2 pacientes precisaron tratamiento percutáneo (1: *stent* aorta ascendente; 1: *stent* en cava superior); mortalidad 4,3% (n = 1, a los 19 meses poscirugía secundaria a arritmias refractarias y parada cardíaca en paciente con retrasplante). Todos los pacientes (n = 23) permanecen en óptima clase funcional.

Diagnósticos y características clínicas de los pacientes

Univentricular

Biventricular

Subgrupo pediátrico (n = 22) Hipoplasia cavidades izquierdas (n = 8) MCP hipertrófica (n = 2)

Edad $7,4 \pm 3,3$ años (rango 1,5 d-TGA+criss-cross (n = 1)
meses-17 años)

MCP dilatada (familiar/idiopática)
(n = 8)

Peso $19,8 \pm 12,1$ kg (rango
3,6-45,5)

Canal AV disbalanceado (n = 1)

Atresia pulmonar+septo íntegro (n = 1)

TGA+CIV (n = 1)

Subgrupo adultos (n = 4)

Atresia tricúspide (n = 2; 1 en TGA)

MCP dilatada+heterotaxia (n = 1)

Edad 33 ± 10 años (rango 21-
63)

VI doble entrada (n = 1)

Peso $60,5 \pm 5,4$ kg (rango 50-
67)

Grupo global (n = 26)

Cirugías previas: 69,2% (n = 18):

Estadio Fontan: 44,4% (n = 8) (take-down en 2)

Estadio Glenn: 27,7% (n = 5)

Trasplante cardíaco previo: 5,5% (n = 1)

Otros 22,2% (n = 4): switch arterial+resincronización; miectomía
biventricular; fístula Blalock-Taussig; anuloplastia mitral,

Berlin-Heart-EXCOR pretrasplante se precisó en 19,2% (n = 5; 1
biventricular)

Conclusiones: El trasplante cardiaco en cardiopatías congénitas es técnicamente complejo pero factible. Una extensa reconstrucción anatómica junto con extracción parcial/completa de dispositivos percutáneos previos es fundamental para optimizar el pronóstico. Son necesarios datos de seguimiento a largo plazo para evaluar los resultados de las técnicas actuales en este contexto.