



4010-5. PAPEL DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN LA ENFERMEDAD VASCULAR DEL INJERTO PEDIÁTRICO

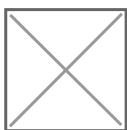
Jairo Toro Gil¹, Enrique José Balbacid Domingo¹, Eduardo Franco Díez², Viviana Arreo del Val¹, Ángela Uceda Galiano¹, Luis García-Guereta Silva¹ y Federico Gutiérrez-Larraya Aguado¹ del ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid y ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad vascular del injerto (EVI) es causa importante de morbilidad tras el trasplante cardíaco (TC). Algunos fármacos podrían retrasar o hacer regresar la EVI. Un diagnóstico temprano es primordial. La utilidad de la tomografía de coherencia óptica (OCT) en el TC pediátrico es desconocida. Objetivos: valorar la seguridad, factibilidad y utilidad de la OCT en EVI pediátrica, así como identificar nuevos factores relacionados.

Métodos: Se estudiaron consecutivamente los pacientes ≥ 25 kg con TC en los que se indicó una coronariografía. Se realizó OCT en secuencias de 52 mm (pull back automático) en la DA. Se realizaron medidas en sección transversal del área luminal, intimal y capa media en un mínimo de 35 secciones a lo largo de 35 mm (fig. 1A y 1B). La relación área íntima/media (I/M) se definió como anormal si > 1 (OCT+). La relación íntima/lumen (I/L) se definió como anormal si $\geq 0,4$. Además se tomaron muestras para biopsia y tinciones específicas para C4d.

Resultados: Se estudiaron 12 pacientes (tabla). El peso medio fue 50 ± 17 kg. El tiempo medio desde el TC fue $4,75 \pm 2,5$ años. La coronariografía fue anormal en solo 2 pacientes (1 falso +). La OCT demostró crecimiento intimal compatible con EVI (OCT+) en 5 pacientes (42%) (fig. 1B), 4 de los cuales no tenían lesiones angiográficas. Todos los pacientes OCT+ presentaban engrosamiento intimal, difuso en 2 casos y segmentario en 3. No se observó arteriosclerosis. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre I/M máxima e I/L máxima ($r = 0,941$, $p = 0,001$), no así entre I/M máxima y el área luminal mínima ($p = 0,088$). No hubo diferencias significativas en la edad, sexo, peso o tiempo desde el TC entre pacientes con EVI o sin ella. No hubo relación entre el grado de rechazo y los hallazgos de OCT. De los 5 pacientes TCO+, 3 (60%) presentaban depósitos de C4d, con asociación significativa con I/M media ($p = 0,036$). No se produjeron complicaciones significativas, pero sí un incremento del contraste empleado.



Edad (años)	Peso (Kg)	Motivo TC	Tiemp TC (años)	Angiografía	Rechazo humoral	Rechazo celular	AL mín (mm ²)	I/M máx	I/M medio	I/L máx
-------------	-----------	-----------	-----------------	-------------	-----------------	-----------------	---------------------------	---------	-----------	---------

11	31	CC	0,4	Normal	C4d -	no	3,84	0,57	0,45	0,1
13	52	MCD	7	Normal	C4d -	1R	4,96	0,63	0,51	0,08
10	25,1	MCD	2,6	Lesión CDm	C4d +	1R	2,15	3,3	2,7	1,16
19	61	MR	5,7	Normal	C4d -	1R	3,3	0,61	0,68	0,1
11	37,3	MCD	1,2	Normal	C4d -	1R	2,41	1	0,83	0,1
20	75	MH	3,6	Normal	C4d -	no	4,75	1,54	1,3	0,52
25	44	CC	5,9	Normal	C4d -	no	2,23	1,25	1,25	0,18
8	31	CC	5	Lesión OM	C4d +	2R	3,88	0,84	0,82	0,1
14	60	CC	4,7	Normal	C4d -	1R	4,9	0,9	0,85	0,1
14	49	MCD	9,8	Normal	C4d -	no	4,5	0,9	0,85	0,1
15	71	MR	6	Normal	C4d +	no	2,83	2,17	1,64	0,4
16	72	Miocarditis	4,7	Normal	C4d -	3R	1,1	1,67	1,2	0,4

CC: cardiopatía congénita, MR: miocardiopatía restrictiva, MCD: Miocardiopatía dilatada, MH: Miocardiopatía hipertrófica.

Conclusiones: La OCT es factible y segura en TC pediátrico > 25 kg. La EVI puede presentarse de manera precoz, segmentaria y proximal. La OCT es un mejor método diagnóstico en EVI. El rechazo humoral parece más frecuente entre los pacientes con EVI. Este diagnóstico más precoz de la EVI puede promover cambios en el tratamiento y seguimiento.