Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 939

Revista Española de Cardiología

# 6048-406. INFLUENCIA DE LA ETIOLOGÍA DE LA CARDIOPATÍA BASAL EN EL PRONÓSTICO DESPUÉS DEL TRASPLANTE CARDIACO

Beatriz de Tapia Majado, Juan Sánchez Ceña, Santiago Catoya Villa, Teresa Borderías Villarroel, Sofía González Lizarbe, Manuel Lozano González, Indira Cabrera Rubio, Miguel Molina San Quirico, Beatriz Carballo Rodríguez, Ángela Alonso Miñambres, Manuel Cobo Belaustegui, Miguel Fernando Llano Cardenal, Cristina Castrillo Bustamante, Virginia Burgos Palacios y Francisco González Vílchez, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

## Resumen

**Introducción y objetivos:** El trasplante cardiaco es el tratamiento de elección de las cardiopatías avanzadas refractarias al tratamiento convencional. Las características y evolución postrasplante de los receptores con cardiopatías de etiología distinta a la dilatada e isquémica están pobremente definidas.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de una serie unicéntrica de trasplante cardiaco realizado entre 1984 y 2017. Se excluyeron los retrasplantes cardiacos. Se comparan 3 grupos: miocardiopatía dilatada (MD), miocardiopatía isquémica (MI), miocardiopatía no dilatada/no isquémica (MNDNI).

**Resultados:** Se analizan 684 trasplantes: MD, 32,7%; MI, 43,7% y MNDNI, 23,54%. Entre la MNDNI, las etiologías fueron: valvular (9,8%), hipertrófica (3,5%), restrictiva (2,9%), miocarditis (1,6%), congénita (1,2%) y otras (0,3%). La proporción de pacientes a lo largo del tiempo se mantuvo estable para las diferentes etiologías (p = 0,81). Las principales diferencias entre grupos se resumen en la tabla. Las MNDNI muestra diferencias significativas para las siguientes características pretrasplante: edad y sexo del receptor, diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica, cirugía cardiaca previa, ventilación mecánica y necesidad de oxigenador extracorpóreo de membrana (ECMO). No hubo diferencias significativas para las características del donante o tiempo de isquemia. En el análisis univariante, la supervivencia postrasplante de la MNDNI fue significativamente peor que la de la MD (p = 0,03) pero igual a la de MI. En el análisis multivariante (regresión de Cox), tras ajuste por variables significativamente diferentes entre grupos, la MNDNI mantuvo un peor pronóstico respecto a la MD y MI (*hazard ratio* = 1,46; IC95% = 1,1-1,94; p = 0,02) (figura).

Características de los trasplantes y la enfermedad de base

| Variable/Enfermedad de base | Dilatada (n = 224) | Isquémica (n = 299) | No dilatada/No isquémica (n = 161) | p |
|---|---|---|---|---|
| Edad receptor (años) | 50,32 ± 12,34 | 55,50 ± 8,42 | 48,45 ± 12,47 | 0,000 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Receptor varón | 185 (82,6%) | 274 (91,6%) | 117 (72,7%) | 0,000 |
| Diabetes mellitus | 24 (15%) | 49 (22,79%) | 13 (11,5%) | 0,022 |
| Patología respiratoria | 20 (9%) | 30 (10,3%) | 14 (8,9%) | 0,83 |
| Enfermedad vascular periférica | 8 (3,7%) | 31 (10,5%) | 7 (4,4%) | 0,004 |
| Disfunción renal | 39 (17,8%) | 57 (19,6%) | 39 (25,7%) | 0,164 |
| Creatinina (mg/dl) | 1,33 ± 0,82 | 1,33 ± 0,65 | 1,43 ± 0,69 | 0,46 |
| Ventilación mecánica | 7 (3,2%) | 24 (8,1%) | 16 (10,1%) | 0,02 |
| Resistencias vasculares pulmonares (UW) | 2,54 ± 1,67 | 2,57 ± 2,89 | 2,70 ± 3,93 | 0,86 |
| Cirugía cardiaca previa | 24 (10,9%) | 106 (35,7%) | 103 (64%) | 0,00 |
| Infección previa | 24 (11%) | 39 (13,3%) | 17 (11,2%) | 0,68 |
| ECMO | 0 | 1 (0,3%) | 5 (3,1%) | 0,03 |
| Trasplante urgente | 76 (34,4%) | 121 (41%) | 55 (35,3%) | 0,24 |
| Tiempo de isquemia (min) | 166,02 ± 52,46 | 170,52 ± 51,76 | 174,49 ± 56,06 | 0,31 |
| Edad donante (años) | 36,97 ± 13,53 | 37,44 ± 13,15 | 37,70 ± 14,11 | 0,87 |
| Donante varón | 129 (64,8%) | 191 (69,7%) | 85 (60,7%) | 0,17 |

Las cifras expresan n (%) o media ± desviación estándar.

ECMO: oxigenador extracorpóreo de membrana.

*Curva de supervivencia tras ajuste multivariable (regresión de Cox) en función de la etiología de base.*

**Conclusiones:** Los pacientes trasplantados por MNDNI tienen características clínicas diferentes a los trasplantados por MD y MI. Su pronóstico postrasplante es, asimismo, significativamente peor.