

4030-4. UTILIDAD DEL BIOMARCADOR CA125 EN EL DIAGNÓSTICO DEL RECHAZO CELULAR AGUDO EN EL TRASPLANTE CARDIACO ALOGÉNICO

Raquel López-Vilella¹, Ignacio Sánchez-Lázaro¹, Carmen Aguado², Nuria Mancheño Franch³, Meryem Ezzitouny⁴, Silvia Lozano Edo⁴, Begoña Laiz², Luis Martínez Dolz¹ y Luis Almenar Bonet¹, de la ¹Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante, Servicio de Cardiología, ²Servicio de Análisis Clínicos, ³Servicio de Anatomía Patológica y ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Se desconoce cuál es la evolución a corto y medio plazo de CA125 en pacientes con trasplante cardíaco (TxC) y si la presencia de rechazo se asocia a un incremento en sus valores. Los objetivos de este trabajo son describir la evolución del CA125 durante el primer año postrasplante cardíaco y valorar la asociación entre los niveles de CA125 y la aparición, durante el primer año postrasplante, de rechazo celular agudo.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se seleccionaron, de forma consecutiva, todos los TxC desde julio de 2017 hasta septiembre de 2018. Se excluyeron trasplantes combinados, retrasplantes, trasplantes pediátricos y los pacientes que fallecieron antes de realizar la primera biopsia. En todos se determinó CA 125 antes del TxC y en todas las revisiones postrasplante: semana 1 y meses 1,5, 3, 4, 5, 6, 9 y 12. En todas las revisiones se realizó biopsia y se valoró rechazo agudo humoral y celular. Incluimos 23 pacientes, con 103 revisiones.

Resultados: La mayoría eran varones (78,3%), 6 de los TxC fueron urgentes (26,1%). El valor medio de CA125 pretrasplante fue de $138,78 \pm 199$ U/ml. La figura muestra la evolución del CA 125 tras el trasplante y a lo largo del primer año postrasplante. Al mes del trasplante, el valor medio se había reducido a casi un cuarto respecto al previo a la intervención. A partir de los 6 meses tiende a permanecer en valores estables, dentro del rango normal (0-35 U/ml). En la serie hubo 54 biopsias endomiocárdicas sin rechazo (52,4%), 44 con rechazo celular agudo 1R (42,7%) y 5 con 2 R (4,9%). Hubo una tendencia hacia los niveles ligeramente más elevados de CA125 en aquellas biopsias que mostraban algún grado de rechazo celular distinto del 0R ($25,53 \pm 29,2$ U/ml en 1R y 2R frente a $21,12 \pm 17,76$ U/ml en 0R, $p 0,44$), sin alcanzar la significación estadística. Si comparamos el valor medio de CA 125 en los pacientes con un rechazo celular agudo grado 2R es superior a la media de los pacientes con rechazo 1R o sin rechazo (tabla).

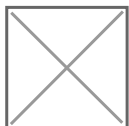
Relación entre los distintos grados de rechazo celular agudo en la biopsia endomiocárdica y niveles de CA125.

Ca125 (media $\pm$ DE)

p

No rechazo (0R)	21,12 ± 17,76 U/ml	
Rechazo 1R	20,76 ± 22,32	0,026
Rechazo 2R	50,28 ± 48,78	

En todas las muestras de biopsia se valoró la presencia de rechazo agudo celular (utilizando los criterios ISHLT de 2004) y humoral. No hubo ningún caso en la serie de rechazo humoral.



Evolución del CA 125 tras el trasplante y a lo largo del primer año postrasplante cardiaco.

Conclusiones: La rápida reducción de CA 125 corrobora su utilidad como marcador de congestión en la IC. El grado de rechazo más avanzada posee los valores más elevados de CA125. No obstante la elevación es ligera y con pocos casos. Harán falta más estudios, y con mayor número de pacientes, para poder encontrar un valor que sugiera rechazo y poder considerarlo como un marcador útil en el diagnóstico no invasivo del rechazo.