



5025-5. UNA BATALLA PENDIENTE: ANTICUERPOS HLA *DE NOVO* Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO TRAS EL TRASPLANTE CARDIACO

Irene Marco Clement, Juan Carlos López-Azor García, Esther Mancebo, Dolores García Cosío, Adriana Rodríguez Chaverri, Pedro J. Caravaca Pérez, Javier de Juan Bagudá, Laura Morán Fernández, Fernando Arribas Ynsaurriaga y Juan Francisco Delgado Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Cardiología. Investigación imas12, CIBERCV, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El desarrollo de anticuerpos antiHLA (AH) *de novo*, especialmente de anticuerpos donante específicos (DSA) se ha relacionado con el rechazo humoral agudo, pero también con peor pronóstico a largo plazo. El objetivo del estudio fue conocer la relación de AH con la supervivencia y la enfermedad vascular del injerto (EVI) en nuestro centro.

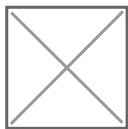
Métodos: Análisis retrospectivo unicéntrico de pacientes consecutivos sometidos a trasplante cardiaco (TC) de enero 2011 a diciembre de 2021. Se realizó determinación de AH previa y tras el trasplante en todos los pacientes, excluyéndose los que presentaban AH preformados y los que fallecieron antes de la primera determinación. A partir de 2013 se realizaron determinaciones en las semanas post-TC 2, 4, 6, 12, 24, 48, 72, 96 y posteriormente anuales.

Resultados: Se incluyeron 156 pacientes, con edad media $50,6 \pm 12,1$ años, 122 (78,2%) varones. La mediana de seguimiento fue de 4,0 años (RIC 1,4-6,9). Tras el trasplante 36 (28,1%) pacientes presentaron AH y fueron DSA en 14 casos (38,9%). La positivización fue transitoria (6 meses) en 16 (45,7%) pacientes, 2 de ellos con DSA. Se observó una mayor mortalidad en aquellos pacientes con DSA (42,8 vs 19,7%, $p = 0,04$) (fig. 1-A). No se observaron diferencias de mortalidad en los pacientes con AH (25%) ni en los pacientes con AH no DSA (13,6%) con respecto a los pacientes sin AH (20,8%), $p = 0,59$ y $p = 0,43$ respectivamente. En cuanto a la EVI fue más frecuente en los pacientes con AH (25%) frente a no-AH (9,2%) y en los pacientes con DSA (50%) que sin DSA (9,2%) ($p 0,001$) (fig. 1-B) sin observarse diferencias para los pacientes con AH no DSA (9,1%) frente a los no-AH (9,2%). La tabla recoge las diferencias en EVI y supervivencia según el tipo de anticuerpos.

Proporción de EVI y mortalidad en los pacientes según el desarrollo de AH

Sin AH (n = 120)	AH anti-HLA I no DSA (n = 13)	AH anti-HLA I DSA (n = 6)	AH anti-HLA II no DSA (n = 9)	AH anti-HLA II ADE (n = 8)	Total (n = 156)
------------------	-------------------------------	---------------------------	-------------------------------	----------------------------	-----------------

Enfermedad vascular del injerto, n (RR%)	11 (9,2)	1 (7,7)	1(16,7)	1(11,1)	6(75)	20(12,8)
Mortalidad, n (RR%)	25 (20,8)	0 (0)	2(33,3)	3 (33,3)	4 (50)	34 (21,2)



Conclusiones: Los pacientes con AH DSA presentaron mayor mortalidad y EVI que los pacientes sin AH DSA en nuestra muestra; estas diferencias no se detectaron para AH no DSAs.