



4030-5. ARRITMIAS VENTRICULARES EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDIACO PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

Raquel Vázquez García¹, Pablo Fernández de Aspe¹, Alejandro Used Gavín¹, Jorge L. Rodríguez Garrido¹, Ignacio Mosquera Pérez¹, Gonzalo Barge Caballero², María G. Crespo Leiro² y Enrique Ricoy Martínez¹

¹Unidad de Electrofisiología, Servicio de Cardiología y ²Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña (A Coruña), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La muerte súbita (MS) tras el trasplante cardíaco (TC) es una complicación grave donde la fisiopatología no es bien conocida. Nuestro objetivo fue describir las características y la evolución clínica de los pacientes con TC y un desfibrilador automático implantable (DAI) en nuestro centro.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes que recibieron un TC ortotópico en nuestro centro entre enero/1990 y agosto/2023.

Resultados: Se realizaron 919 TC ortotópicos donde 0,9% recibieron un DAI. La edad mediana de los donantes fue 39,5 (rango intercuartílico 17-62) años. La edad mediana de los receptores en el TC 46,7 (38,9-46,8) años y 65,6 (61-67,8) años en el implante del DAI, con una mediana de tiempo entre TC y DAI de 14,7 (10,4-21,5) años. La mediana de seguimiento tras el DAI fue de 22,9 meses (10,3-39,6). La indicación de implante de DAI fue prevención primaria predominantemente por enfermedad vascular del injerto (EVI) grado 3. El 67% presentaban fracción de eyección (FEVI) 40%. En el seguimiento 2 pacientes presentaron arritmias ventriculares sostenidas. El paciente nº 8 (FEVI 40% y EVI grave) presentó taquicardias ventriculares sostenidas (TVMS) sensadas y tratadas por el DAI. El paciente nº 2 tras un infarto inferior presentó una parada cardio-respiratoria en disociación electromecánica que con las maniobras de reanimación presentó TVMS tratadas, sin recuperación del pulso. La FEVI no fue un buen discriminador de eventos arrítmicos tratables. El único paciente que recibió una terapia eficaz tenía una FEVI del 40% y los pacientes con FEVI 35% no presentaron eventos arrítmicos. Un posible factor predictor de eventos arrítmicos tratables es el órgano donado añoso, con mayor fibrosis miocárdica. En 28 meses de seguimiento, 4 muertes de etiología no arrítmica y 33% de complicaciones.

Características
basales y
resultados clínicos
de los receptores
de trasplante
cardiaco con
desfibrilador
automático
implantable

Edad (años)	Sexo	Indicación TC	Edad donante (años)	Tiempo isquemia (min)	Rechazo	EVI	FEVI	Indicación DAI	Terapia eficaz	Muerte
39	Varón	Cardiopatía isquémica	47	178	Sí	Sí	25%	Disfunción de VI + EVI	No	PCR en DEM , sin TV/FV en DAI
57	Varón	MCD no isquémica	20	217	Sí	Sí	35%	Disfunción de VI + EVI	<i>No. DEM. FV en contexto de RCP avanzada tratada por el DAI pero sin recuperación del pulso</i>	PCR en DEM tras IAM inferior evolucionado
47	Varón	MCD no isquémica	32	190	Sí	No	19%	Disfunción de VI	No	No
47	Varón	MCD no isquémica	17	210	No	Sí	60%	EVI + BAV completo	No	IC refractaria
47	Varón	Cardiopatía valvular	42	150	No	Sí	60%	EVI + BAV completo (ablación NAV por flutter RVR)	No	No

34	Varón	MCH	53	258	No	Sí	40%	Disfunción de VI + EVI	No	No
37	Mujer	MCD no isquémica	40	110	Sí	Sí	30%	Disfunción de VI + EVI	No	No
56	Mujer	MCD no isquémica	62	140	No	Sí	40%	Disfunción de VI + EVI	<i>Sí. Varias TVMS, algunas ceden con ATP. Una TVMS degenera en FV con ATP y revierte con DF</i>	Fallecido en el posoperatorio de retrasplante cardiaco
46	Mujer	MCD no isquémica	37	240	Sí	Sí	50%	EVI + síndrome bradicardia-taquicardia	No	No

Edad hace referencia a la edad del receptor en el momento del trasplante cardiaco. ATP: terapia antitaquicardia; BAV: bloqueo auriculoventricular; DAI: desfibrilador automático implantable; DEM: disociación electromecánica; DF: desfibrilación; EVI: enfermedad vascular del injerto; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FV: fibrilación ventricular; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardiaca; MCD: miocardiopatía dilatada; MCH: miocardiopatía hipertrófica; NAV: nodo auriculoventricular; RCP: reanimación cardiopulmonar; RVR: respuesta ventricular rápida; TC: trasplante cardiaco; TVMS: taquicardia ventricular monomorfa sostenida; PCR: parada cardiorrespiratoria; VI: ventrículo izquierdo.

Conclusiones: Nuestro estudio refuerza la dificultad de definir el riesgo arrítmico tras el TC. A pesar de que la mayoría presentaran EVI, asociada a alto riesgo arrítmico, hemos observado únicamente 2 eventos

arrítmicos sostenidos desfibrilables, siendo las terapias del DAI necesarias y eficaces en un solo paciente. Una de las hipótesis, es el posible papel protector de la denervación del órgano donado. La escasa necesidad de intervención del DAI asociado a la elevada mortalidad no arrítmica y las complicaciones asociadas al desfibrilador pone en duda el beneficio neto del DAI en estos pacientes.